

ISSN 1819-0464

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2022
приложение
т. 1

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

научно-практический журнал

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА

scientific practical journal

UNIVERSITY CLINIC

2022, приложение, т. 1

Главный редактор

Игнатенко Г.А.

Зам. главного редактора

Колесников А.Н.

Ответственный секретарь

Смирнов Н.Л.

Редакционная коллегия

Абрамов В.А. (Донецк)

Васильев А.А. (Донецк)

Ватутин Н.Т. (Донецк)

Джоджуа А.Г. (Донецк)

Дубовая А.В. (Донецк)

Игнатенко Т.С. (Донецк)

Клемин В.А. (Донецк)

Коктышев И.В. (Донецк)

Луцкий И.С. (Донецк)

Налетов С.В. (Донецк)

Оприщенко А.А. (Донецк)

Чурилов А.В. (Донецк)

Редакционный совет

Батюшин М.М. (Ростов-на-Дону)

Вакуленко И.П. (Донецк)

Городник Г.А. (Донецк)

Григоренко А.П. (Белгород)

Крутиков Е.С. (Симферополь)

Кувшинов Д.Ю. (Кемерово)

Кулемзина Т.В. (Донецк)

Мухин И.В. (Донецк)

Обедин А.Н. (Ставрополь)

Седаков И.Е. (Донецк)

Селезнев К.Г. (Донецк)

Слепушкин В.Д. (Владикавказ)

Сухарева Г.Э. (Симферополь)

Тотиков В.З. (Владикавказ)

Усов В.Ю. (Томск)

Шемонаев В.И. (Волгоград)

Щербинин А.В. (Донецк)

ISSN 1819-0464

Университетская Клиника
научно-практический журнал**University Clinic**
scientific practical journal

2022, приложение, т. 1

Учредитель журналаГОО ВПО «Донецкий
национальный медицинский
университет имени М. Горького»**Свидетельство о регистрации
средства массовой информации**

ААА № 000167 от 16.10.2017 г.

Издатель журналаГОО ВПО «Донецкий
национальный медицинский
университет имени М. Горького»**Адрес редакции и издателя**

83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций (Приказ МОН ДНР № 1466 от 26.12.2017 г.)

Журнал зарегистрирован и индексируется в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ), Google Scholar, Ulrich's Periodicals Directory, Index Copernicus International (ICI)

Рекомендовано к изданию
Ученым советом
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Подписано в печать 07.12.2022

Формат 60×84/8.

Гарнитура PT Serif, PT Sans

Тираж 100 экз.

Распространяется бесплатно

Представленные к печати материалы не рецензировались, публикуются в авторской редакции, сохранена орфография и пунктуация оригинала. Авторы несут ответственность за достоверность и точность предоставленной информации. Внесенные редакцией исправления касаются исключительно оформления публикаций.

Материалы
Международного медицинского форума Донбасса
«Наука побеждать... болезнь»
15-16 декабря 2022 года

Абдуллина Э.Р., Лотфуллина Г.Р., Шайдуллина Д.М., Нуруллина Г.И., Халфина Т.Н.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань
ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, г. Казань

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО И НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ НКВИ

Пациенты с иммуновоспалительными заболеваниями (ИВЗ) – особая группа пациентов, находящаяся в группе риска инфекционных заболеваний с вероятностью более тяжелого течения и исхода. Данная проблема стала более актуальной с появлением новой коронавирусной инфекции (НКВИ) и необходимостью проведения вакцинации от COVID-19. Проведенные по данному вопросу исследования позволяют рекомендовать пациентам с ИВЗ вакцинацию против НКВИ во избежание тяжелого течения и возможных осложнений. Однако НКВИ может быть одной из причин обострений ИВЗ, поэтому не исключено и влияние вакцинации на течение ИВЗ. В связи с этим на сегодняшний день все же имеется настороженность пациентов и врачей по данному вопросу.

Цель: оценить приверженность пациентов ревматологического и нефрологического профиля ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» к вакцинации против COVID-19.

Все пациенты давали согласие на сбор и обработку данных. Анкетирование и интервью проводились с использованием специально разработанной анкеты, в которую входили общие сведения о пациенте, имеющемся ИВЗ и вакцинации от НКВИ.

Результаты исследования. В проведенном исследовании приняли участие 279 пациентов от 18 до 82 лет (средний возраст $52 \pm 2,5$ лет). Среди 135 пациентов ревматологического профиля были пациенты с ревматоидным артритом ($n=46$), системной красной волчанкой ($n=44$), спондилоартритом ($n=11$), остеоартритом ($n=8$) и другими заболеваниями. Среди 144 пациентов нефрологического профиля чаще всего встречались пациенты с хроническим первичным и вторичным гломерулонефритом ($n=88$). У 2 пациентов развилось острое почечное повреждение после перенесенной НКВИ.

Выявлено, что большая часть респондентов (59%) имеют высокую приверженность к вакцинации и положительно относятся к ее проведению. Опрошено 164 женщин (ж), среди них вакцинированы 93 (57%). Среди 115 опрошенных мужчин (м) вакцинированы 73 (64%). Часть женщин ($n=71$) и мужчин ($n=42$) отказалась от вакцинации по следующим причинам: высокая активность ИВЗ – 65% (ж), 66% (м), перенесли НКВИ – 30% (ж), 31% (м), присутствовала субъективная настороженность – 2% (ж), 1% (м), имеют иные медицинские противопоказания – 3% (ж), 2% (м). Респонденты в большей степени отдавали предпочтение двум вакцинам: Спутнику V – 62% и спутнику Лайт – 22%. Пациенты объясняют свой выбор высокой эффективностью и отсутствием альтернативы.

Поствакцинальные реакции отметили 64% ($n=107$) вакцинированных: 25% – испытывали слабость, которая проходила самостоятельно через 2-3 дня; у 24% – проявились признаки ОРВИ; 15% – испытывали одновременно слабость и подъем температуры; 21% – отмечали кратковременное бессимптомное повышение температуры до 37°C . У 9% ($n=10$) пациентов усилились проявления ИВЗ, такие как суставной синдром, слабость, причем 3% ($n=4$) подчеркнули, что заболевание дебютировало после проведения вакцинации. Иных проявлений симптомов ИВЗ не было зарегистрировано. Чаще всего поствакцинальные реакции возникали после Спутника V (70%).

Об эффективности вакцинации у данных пациентов указывает тот факт, что новых случаев заболевания НКВИ в течение 6 месяцев после проведения вакцинации выявлено не было.

Установлено, что пациенты младше 35 лет вакцинировались реже, чем пациенты старшего возраста, что можно объяснить настороженностью возрастных пациентов высоким риском инфицирования вирусом и вероятностью более тяжелого течения заболевания.

Выводы. Опрос с проведением анкетирования выявил у пациентов ревматологического и нефрологического профиля положительное отношение и достаточно высокую (59%) приверженность к вакцинации против COVID-19. У 64% пациентов наблюдались поствакцинальные реакции: чаще всего повышение температуры, слабость, реже – появление/усиление артралгии. Причиной отказа от вакцинации в основной доле случаев являлся медицинский отвод вследствие повышения активности ИВЗ (65%) или недавно перенесенной НКВИ (30%).

Абрамкин Э.Э., Меньщикова Н.В., Левченко Н.Р., Макаров И.Ю.

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Благовещенск

FUNCTIONAL ACTIVITY OF SPERMATOZOA AFTER THE USE OF CHOP DRUGS

Relevance. To date, there are high rates of male infertility caused by autoimmune processes, transferred infectious diseases. In addition, the risk of infertility increases against the background of chemotherapy carried out in childhood, which has a toxic effect on both malignancy sites and healthy tissues, contributing to the formation of late, long-term side effects.

The purpose of the study. The study of the functional activity of spermatozoa after the use of drugs of the CHOP group, in the treatment of hemoblastosis.

Materials and methods. The studies were conducted on 18 white sexually mature laboratory rats (males) *Rattus norvegicus*. Of these, 2 groups were identified: the first group was a control group (intact rats), the second group was an experimental group consisting of 15 rats aged 90 days who received intraperitoneally a complex of drugs intended for the treatment of hemoblastosis. The animals participating in the experiment were studied on the 7th, 14th, 21st, 28th and 35th days.

To achieve this goal, sexually mature rats (males) were intraperitoneally injected with the CHOP complex: Cyclophosphamide (Cyclophosphamide, Baxter Oncology GmbH Germany) – 21 mg/kg, Doxorubicin (Doxorubicin, Veropharm Russia) – 2.1 mg/kg, vincristine (Vero-vincristin, Veropharm Russia) – 0.04 mg/kg and prednisone (2.1 mg/kg). The selected dose is 1/5 LD50. The choice of this chemotherapy regimen was due to the fact that these drugs are basic and are included in most modern treatment regimens for malignant diseases. After a preventive examination of the animal and treatment of the surface of the anterior abdominal wall, drugs cyclophosphamide diluted in 0.25 ml of water for injection, adriamycin diluted in 0.25 ml of 0.9% sodium chloride solution, vincristine diluted in 0.02 ml of 0.9% sodium chloride solution, prednisolone diluted in 0.02 were administered intraperitoneally twice with an interval of 7 days. At the same time, during the first and second administration, the amount of the drug was determined at the rate of cyclophosphamide 21 mg/kg, vincristine 21 mg/kg, adriamycin 2.1 mg/kg, prednisone 2.1 mg/kg.

Sperm sampling was carried out after extraction of gonads with appendages by opening them on a thermostat. The studied seminal fluid of rats in a volume of 0.02 ml was diluted in 0.4 ml of 0.9% sodium chloride solution preheated to a temperature of 37°C. Dilution of the ejaculate in saline solution was carried out by repeated pipetting. The diluted ejaculate was injected into the space between the cover glass and the Goryaev chamber so that the ejaculate filled the entire space evenly.

Microscopic control was carried out by assessing the functional mobility and the number of spermatozoa in the Goryaev chamber using a light microscope «BiOptic S-300 series» and an ocular digital camera.

Conclusions. During the study, a decrease in the total number of spermatozoa was revealed in the experimental group compared to the control group. The decrease in spermatozoa in the experimental group was accompanied by an increase in abnormal spermatozoa with defects of the head, body and tail. The above changes directly affect the motor activity of epididymal spermatozoa.

Абрамов В.А., Мельниченко В.В., Бабура Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫМ СТРЕССОМ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Введение. В настоящее время в России и за рубежом опубликовано значительное число работ, посвященных психическим последствиям локальных войн и террористических актов. В целом, исследования психических последствий военных конфликтов ограничиваются выявлением и изучением тех расстройств, которые указаны в международных классификациях. В то же время травма военно-

го времени, массивные экзистенциальные переживания, связанные с реальным риском для жизни, затрагивают различные структуры уникального внутреннего мира человека, все составляющие его личностного потенциала от самодетерминации и саморегуляции до контроля за действием и самоэффективности, что оказывает значительное влияние на жизнедеятельность человека. Длительное пребывание в чрезвычайной ситуации угрозы жизни может приводить к тем или иным деформациям составляющих личностного потенциала и, соответственно, к дезадаптивным стратегиям поведения.

Цель: выделить и описать содержательные характеристики базисных психологических и психопатологических феноменов, отражающих индивидуально-специфические, глубокие личностные переживания и страдания у лиц, длительное время находившихся в условиях травматического стресса, связанного с военными действиями.

Материалы и методы: обследовано три группы лиц в возрасте от 22 до 55 лет: 1-я группа – 130 человек мужского пола, мобилизованные для прохождения военной службы; 2-я группа – 60 человек – лица мужского пола, призванные на военную службу по контракту и 3-я группа – 110 человек – лица смешанного пола в течение длительного времени переживавшие стресс, связанный с военными действиями. Исследование проводилось с использованием традиционного клинического метода, полуструктурированного интервью, направленного на выявление специфических психопатологических феноменов и метода самоотчета.

Результаты: анализ полученных данных показал определенные трудности при разграничении феноменов психологического (включая аггравационный компонент) и психопатологического регистров при квалификации посттравматических стрессовых состояний (ПТСС). В результате все неблагоприятные последствия травматического стресса, связанного с военными действиями, у обследованного контингента, по степени их выраженности и масштабности распространения были разделены на три группы соответственно цели текущего исследования: 1. Социопатии или нарушения социального самочувствия – проблема, не относящаяся к спектру медицинских проблем; 2. Посттравматические стрессовые состояния – проблема, квалифицируемая как медицинская; 3. Индивидуально-специфические посттравматические психопатологические феномены – экзистенциально-гуманистическая проблема.

Выводы: травматическая фрустрация в области душевной и духовной жизни, связанная с военными действиями и схватывающая значительный контингент населения, делает неотвратимой угрозу психическому здоровью. Феноменологическая представленность возникающих при этом нарушений, на наш взгляд, должна рассматриваться в научном контексте, выходящем за рамки международных классификаций психических расстройств, связанных со стрессом: от социопатий или феномена неаутентичной жизни, связанной с массовыми проявлениями социальной турбулентности и дезадаптивных субклинических психических реакций до выраженных экзистенциально-личностных деформаций. Значительный клинично-феноменологический разброс посттравматических стрессовых состояний связан не только с продолжительностью и интенсивностью стрессового воздействия, но и с индивидуально-личностными преломлениями этих воздействий.

Абрамов В.Ал.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА НА АКТИВАЦИЮ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРЕБЫВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Целью настоящего исследования было оценить влияние психологического стресса активацию ранних дезадаптивных схем у лиц молодого возраста пребывающих в условиях пандемии COVID-19.

Материал и методы. С целью оценки психического здоровья у лиц молодого возраста в условиях пандемического коронавирусного стресса, с сентября по декабрь 2020 года было обследовано 209 студентов медиков: 54 мужчины (25,8%) и 155 женщин (74,2%) (средний возраст обследуемых составил 20 лет). Ранжирование обследуемых на группы сравнения происходило в зависимости от гендерной принадлежности, а также на основании изменения уровня стрессогенности ситуации связанной с но-

вой коронавирусной инфекцией. Уровни стрессогенности определялись на основании мировых статистических показателей заболеваемости-смертности от COVID-19 за период с сентября по декабрь 2020 года. В течении всего периода обследования показатель заболеваемости-смертности возрастал в среднем на 37% ежемесячно. Это позволило оценить динамику изучавшихся показателей в зависимости от уровня стрессогенности коронавирусной ситуации. Все обследованные были разделены на 4 группы: 1 группа (81 человек) – обследовалась в сентябре, 2-я группа (52 человека) – в октябре, 3-я группа (36 человек) – в ноябре и 4-я группа (40 человек) – в декабре.

Для оценки уровня дистресса использовалась шкала PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона. Для оценки дезадаптивных схем использовалась методика «Диагностика ранних дезадаптивных схем» (Young Shema Questionnaire-Short Form Revised, YSQ S3R) разработанная в 2005 году Дж. Янгом.

Результаты исследования.

В ходе изучения различий уровней психологического стресса в зависимости от уровня стрессогенности ситуации связанной с новой коронавирусной инфекцией, была выявлена стойкая тенденция к нарастанию психической напряженности у обследуемых лиц наряду с ухудшением пандемической обстановке в мире. Так, в первой группе обследуемых низкий уровень психологического стресса определялся у 77,7% обследуемых, а в четвертой группе количество лиц по данному показателю сократилось до 60,0%, а также выросло количество обследуемых со средним уровнем психической напряженности 37,5% против 20,9% в первой группе. В ходе анализа полученных в результате исследования данных была выявлена тенденция постепенного увеличения баллов по ранним дезадаптивным схемам с сентября по декабрь 2020 года. Наиболее существенными на наш взгляд являются показатели: самопожертвование ($40,0 \pm 3,0$); поиск одобрения ($46,8 \pm 4,5$); жесткие стандарты ($47,8 \pm 5,6$).

Выводы. Анализ результатов проведенного исследования позволяет утверждать, что длительное пребывание в условиях пандемического коронавирусного стресса, неминуемо влечет за собой повышение уровня психологического стресса. Активность дезадаптивных схем также увеличивалась постепенно с ухудшением пандемической обстановки в мире. Сначала наблюдалась социальная отчужденность, массовые панические реакции и состояния, спутанность, подавление эмоций на смену которым пришли негативизм, самопожертвование и грандиозность (эгоистичность), восприятие коронавирусной ситуации как неприемлемой, негативной. И так, мы наблюдаем выраженный процесс смены настроений, определенного уклада жизни, взглядов и стремлений. Чем дольше существует человек в условиях пандемического стресса, тем яснее меняется модель его поведения и мировоззрения, заостряется внимание к мелочам, вызывается его сплочение с близкими с частичным игнорированием общественного блага.

Абрамов В.А., Куртунина Д.В., Таценко В.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ НЕИСПОЛНЕННОСТИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЯХ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Актуальность исследования. Боевые действия, развернувшиеся на Донбассе являются всесторонним испытанием для личности, оказывая сильнейшее психотравмирующее воздействие. Длительное пребывание в условиях стрессовой ситуации, обусловленной боевыми действиями, способно приводить к развитию у комбатантов посттравматических стрессовых состояний. Одной из важных составляющих социально-психологической адаптации является экзистенциальная исполненность. Экзистенциальная исполненность характеризует полноту и качество бытия человека, исследуется с точки зрения субъективного переживания человеком собственного благополучия, внутреннего согласия с событиями проживаемой жизни. Экзистенциальная исполненность – это принадлежность себе, утверждение себя, то, что находится в границах субъективности и не всегда соотносится с объективными условиями.

Цель исследования. Оценить особенности экзистенциальной неисполненности при посттравматических стрессовых состояниях у военнослужащих.

Материалы и методы. При проведении исследования приняло участие 50 военнослужащих (в возрастной группе от 18 до 55 лет), обратившихся за помощью и получавших лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. С помощью структурированного клинического диагностического интервью у всех испытуемых было подтверждено наличие ПТСС. Испытуемые были разделены на 2 группы: мобилизованные – 38 (76%) и добровольцы – 12 (24%). Для определения уровня экзистенциальности была применена шкала экзистенции А. Лэнгле. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 23», MedStat.

Результаты и обсуждение. В первой группе у 6 (50%) наблюдается низкий уровень по субшкале «экзистенциальность», средний уровень – у 4 (33%) и высокий уровень – у 2 (17%). В свою очередь, в группе мобилизованных у 18 (48%) получен результат низкий уровень и у 20 (52%) – средний уровень. По субшкале «исполненность», который является общим показателем были получены аналогичные показатели. В первой группе низкий уровень определялся у 6 (50%), средний – у 4 (33%), а высокий – 2 (17%). Низкий уровень во второй группе был выявлен у 18 (48%), средний уровень – у 20 (52%). Среднее значение в группе добровольцев по субшкале «экзистенциальность» 86.167 ± 29.104 , $p = 0.61$, а в группе мобилизованных 81.605 ± 14.724 , $p = 0.61$. По субшкале «исполненность» в группе добровольцев среднее значение составляет 169.083 ± 54.673 , $p = 0,979$, а в группе мобилизованных – 169.526 ± 26.833 , $p = 0,979$. Согласно полученным результатам как среди добровольцев, так и мобилизованных преобладает низкий и средний уровень экзистенциальной исполненности. Для таких пациентов было характерно с трудом принимать решения, бездействовать, им тяжело справляться с самими собой и с миром, идти на внутренние и внешние требования, соотнося их с собственными ценностями.

Выводы. Таким образом, анализируя полученные в ходе исследования данные, можно утверждать, что вне зависимости от мотивированности или условий попадания на службу, экзистенциальная исполненность в равной степени страдает при развитии у военнослужащих посттравматических стрессовых состояний, что в свою очередь говорит о необходимости разработки комплекса мер, направленных на ее стабилизацию.

Абрамова Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Актуальность. Условия военных действий наносят непоправимый ущерб здоровью населения Донецкой Народной Республики. В условиях сильных стрессовых ситуаций, чем является гражданская война, именно нервная система, прежде всего, испытывает большие нейрогенные нагрузки. В условиях индустриализированной экономики, к организму предъявляются большие адаптационные требования, а обстоятельства войны, ослабляя этот процесс, формируют стрессовую обстановку, еще более усиливая нейрогенную нагрузку, переводя стресс в явную патологию, чем являются болезни психики и поведения.

Цель. Изучить распространенность психических и поведенческих расстройств у лиц, проживающих на территории Донецкой Народной Республики (ДНР) в период проведения специальной военной операции (СВО) в 2022 году.

Материалы и методы. Были исследованы источники литературы довоенного времени, литературные и интернет-источники периода СВО, проведен сравнительный анализ первичной заболеваемости расстройствами психики и поведения. Использовались материалы статистических сборников Республиканского Центра организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий Министерства Здравоохранения ДНР. Применен описательный и аналитический методы.

Результаты. В Донбассе, как индустриальном и урбанизированном регионе, в силу тяжелых условий труда (работа в шахтах, на заводах тяжелой промышленности), всегда отмечался довольно высокий уровень психологического напряжения, которое испытывали 40-45% населения региона. С начала войны на Донбассе в 2014 году и эскалации конфликта после начала СВО, уровень психического напряжения среди населения закономерно вырос до 90% как среди лиц детского, так и взрослого населения. В том числе данное увеличение психологического стресса наблюдается и среди военнослужащих, не выделенных в отдельную категорию при исследовании, которые относятся к населению, непосредственно испытывающему прямое влияние боевых действий на психику. Полученные военнослужащими и гражданскими лицами, находящимися в эпицентре военного конфликта, боевые психические травмы в будущем приведут к развитию посттравматического стрессового расстройства у большого количества лиц, в силу того, что боевые действия являются сильным травмирующим переживанием, которое и будет вызывать расстройства психики и поведения. А так же полученная боевая психическая травма может приводить к развитию психосоматических нарушений.

Выводы. Отмечается критическое повышение уровня психологического напряжения среди жителей Донбасса (на 45-50%), что способствует увеличению рисков развития расстройств психики и поведения у лиц трудоспособного возраста, в том числе и военнослужащих. Увеличение развития расстройств психики у детского населения в будущем будет приводить к снижению количества трудоспособных лиц и инвалидизации общества. Прогноз развития расстройств психики и поведения как у лиц детского возраста, так и взрослого, в ДНР крайне неблагоприятный.

Авруцкая В.В., Галусяк А.В., Крукиер И.И., Петров Ю.А.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА У ЖЕНЩИН С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Диагностика задержки роста плода (ЗРП) является одной из наиболее сложных в акушерстве. Установлено, что 20-30% всех случаев ЗРП развиваются на фоне плацентарной недостаточности. При воздействии повреждающих факторов в системе «мать – плацента – плод» происходят многочисленные изменения, в том числе нарастает активация коллагеназы (металлопротеиназ) с разрушением эластических свойств сосудов, за счет уменьшения количества коллагена. Таким образом, значимость ранней диагностики и профилактики ЗРП при наличии нарушений в работе функциональной системы коллагенообразования очевидна.

Цель исследования: изучение уровня коллагена (COL1) и активности коллагеназы (ММП1) в сыворотке крови, околоплодных водах и плаценте у пациенток с плацентарной недостаточностью, и выявление их роли в прогнозировании ЗРП.

Материалы и методы: Исследование выполнялось на базе клинических и научных подразделений НИИ акушерства и педиатрии Ростовского государственного медицинского университета Минздрава России в течение 2021-2022 гг.

Было обследовано 150 беременных: в контрольную группу вошли 105 пациенток с неосложненным течением беременности, а 45 женщин с ЗРП составили основную группу.

Критериями включения в основную группу были: беременность, осложненная плацентарной недостаточностью и задержкой роста плода 1-2-й степени в 3-м триместре беременности. Критерии исключения: эндокринная патология в стадии декомпенсации, пороки развития плода, отслойка нормально расположенной плаценты, оболочечное прикрепление пуповины, обвитие пуповиной плода, аномалии пуповины, многоплодная беременность.

Материалом для исследования служили сыворотка крови, взятая у пациенток накануне родов, амниотическая жидкость (взятая в родах), а также ткань плаценты, полученная после родов. Содержание коллагена 1-го типа (COL1) и активность металлопротеиназы MMP-1 (коллагеназы), определяли иммуноферментными наборами «ELISA», USA. Данные исследования одобрены Этическим комитетом НИИАП ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ (протокол № 3 от 11 февраля 2020 г.).

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью лицензионного пакета программ Statistica (версия 6.0, фирмы StatSoft. Inc.) и MegaStat.

С целью определения состояния плода, при установлении диагноза ЗРП беременным женщинам проводился контроль темпов роста плода, доплерометрия фетоплацентарного кровотока (ДПМ) и кардиотокография (КТГ) каждые 2 недели. Нарушение маточно-плацентарной и фетоплацентарной гемодинамики 1-й степени отмечались у 65% беременных. На основании результатов ультразвуковой фетометрии определяли степень ЗРП. В нашем исследовании отставание показателей фетометрии от нормативных составляло 2-3 недели.

Результаты исследования. В результате наших исследований выявлено, что в сыворотке крови уровень коллагена был снижен на 87%, а активность коллагеназы повышалась на 36% ($p < 0,01$) по сравнению с контролем. В околоплодных водах наблюдалась противоположная ситуация: уровень коллагена увеличился на 34%, а активность коллагеназы уменьшалась на 63%. Можно предполагать, что активированная форма коллагеназы (ММП1), которая была увеличена в сыворотке крови, расщепляет коллаген 1-го типа и ведет к его деградации.

В плаценте уровень коллагена и активность коллагеназы имели противоположную динамику по сравнению с сывороткой крови матери. Содержание коллагена в плацентарной ткани увеличивалось на 57%, а активность коллагеназы снижалась на 42% по сравнению с контрольными данными. Аномальное отложение коллагена в плаценте ведет к снижению экспрессии (коллагеназы), что способствует возникновению фиброза данной ткани [6].

Следует отметить, что у наблюдаемых нами пациенток с плацентарной недостаточностью имела место гипоксия. Наличие последней и выявленный нами дисбаланс в продукции коллагена и активности коллагеназы, очевидно, может привести к задержке роста плода.

Вывод. Таким образом, ведущее место в проведении лечебных мероприятий при данной патологии беременности занимает лечение основного заболевания или осложнения, на фоне которого сформировалась задержка роста плода. Ранняя диагностика ЗРП, проведение терапии согласно клиническому протоколу, определение оптимальных сроков родоразрешения, адекватное наблюдение и коррекция предсказуемых постнатальных осложнений позволит существенно улучшить показатели заболеваемости и смертности новорожденных с задержкой роста плода.

Аджиенко В.Л., Шулико Д.И.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И БЕРЕЖЛИВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Ключевые слова: профессиональное выгорание, бережливое производство

Цель: изучить опыт внедрения технологий бережливого производства медицинскими работниками во взаимосвязи с проявлениями профессионального выгорания (ПВ).

Методы исследования: исследование особенностей ПВ у медицинских работников (МР) проводилось с применением методики психологической диагностики В.А. Винокура «Отношение к работе и профессиональное выгорание» [1] и последующим определением, интегративного индекса ПВ (ИИПВ), а также оригинального опросника для оценки сформированности бережливых компетенций, на основе которого определялся интегративный индекс бережливых компетенций (ИИБК). В исследовании принял участие 181 МР детских поликлиник г. Волгограда и Волгоградской области.

Результаты: Описывая эффект реализованных в своей медицинской организации (МО) бережливых проектов, 39,8% респондентов отметили улучшения отдельных процессов, 6,6% – улучшения на уровне подразделений, 32,6% – системные улучшения на уровне поликлиники, 18,8% – широкое вовлечение коллектива в бережливое производство, 2,2% – возникновение в МО культуры непрерывного улучшения. 28,7% опрошенных МР имели опыт реализации единичных проектов, 42% МР реализовали 2 и более проектов, 29,3% личного опыта участия в бережливых проектах не имели. 37,6% респондентов имели опыт руководства бережливыми проектами. В ходе реализации береж-

ливых проектов 73,7% респондентов испытывали положительные эмоции, 2,3% – отрицательные, эмоциональный фон 24,1% МР оставался неизменным. По завершению бережливых проектов 86,2% их участников испытывало положительные эмоции, 13,8% не отметили изменений эмоционального фона, об отрицательных эмоциях не сообщил ни один респондент. В качестве вознаграждения по результатам успешно реализованного бережливого проекта 10% респондентов указали признание со стороны коллег, 9,3% – высокую оценку со стороны руководства, 4,3% – грамоту, благодарственное письмо, 4,3% – денежную выплату или ценный подарок, 20% – избавление от решенной проектом проблемы, 22,1% – удовлетворение от успеха, 30% – в качестве вознаграждения ничего не получили. После реализации бережливых проектов удовлетворенность своей профессиональной деятельностью повысилась у 63,8% респондентов, у 36,2% не изменилась, при этом никто из респондентов не указал на снижение удовлетворенности своей профессиональной деятельностью. С использованием ИИПВ и ИИБК установлена обратная корреляционная связь выраженности ПВ и вовлеченности МР в бережливое производство ($r = -0,26$, $p < 0,05$).

Выводы: Участие в проектной деятельности по улучшениям процессов в МО может способствовать снижению выраженности ПВ, а также способствовать профессиональному развитию и повышению самооценки МР.

Литература:

1. Агапова Е.В., Винокур В.А., Болучевская В.В. Комплексные мероприятия по психопрофилактике профессионального выгорания у работников государственной службы // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2015. № 1 (53). С. 53-57.

Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Дербенцева Т.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

МЕСТО ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННОЙ ЛАПАРОСТОМИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА И ПЕРИТОНИТЕ

Введение. У тяжелых и гемодинамически нестабильных пациентов с распространенным перитонитом (РП), травмой живота (ТЖ) с компартмент-синдромом, сепсисом есть 3 способа многоэтапного лечения (МЭЛ) после первичной лапаротомии: релапаротомии «по требованию» (РЛТ), программированные релапаротомии (ПРЛ), лапаростомии (ЛС).

Цель: мета-анализ по сравнению эффективности вакуум-ассистированной лапаростомии (ВАЛ) с различными вариантами РЛТ и ЛС без вакуума при РП и ТЖ.

Материал и методы. Систематический поиск по рекомендациям Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. Нерандомизированные исследования с января 2007 г., рандомизированные – без временных ограничений по 06.08.2022 г. по eLibrary, PubMed, Cochrane Library, Science Direct, Google Scholar Search, Mendeley.

Результаты. Из 11368 исследований в мета-анализ включены 12.

Мета-анализ.

Сравнение ВАЛ с другими вариантами многоэтапного лечения (ДВМЭ) по количеству необходимых повторных операций. А) с РЛТ: относительный риск (ОР) 1,91 (95% доверительный интервал (ДИ) 0,54-6,77; $I^2=0\%$), модель фиксированных эффектов (МФЭ); $p=0,319$). Б) с ПРЛ. ОР 2,94 (95% ДИ 1,16-7,44; $I^2=0\%$, МФЭ; $p=0,023$). Систематической ошибки публикаций (СОП) нет. В) с вариантами ЛС без вакуума. ОР 0,57 (95% ДИ 0,32-1,01; $I^2=0\%$, МФЭ; $p=0,053$). Сравнение ВАЛ с другими вариантами ЛС без вакуума по количеству пациентов с успешным закрытием брюшной полости. ОР 1,11 (95% ДИ 0,90-1,36; $I^2=67,37\%$, модель случайных эффектов (МСЭ); $p=0,333$). Сравнение ВАЛ с ДВМЛ по средним срокам окончательного закрытия брюшной полости. А) с РЛТ- невозможно. Б) с ПРЛ- невозможно. В) с ЛС без вакуума. Стандартизованная разность средних (SMD) -0,17 (95% ДИ -0,43-0,09, $I^2=48,48\%$, МСЭ; $p=0,192$). Сравнение ВАЛ с ДВМЭ по послеоперационным осложнениям. А) с РЛТ- невозможно. Б) с ПРЛ- невозможно. В) с вариантами ЛС без вакуума по кишечным сви-

шам: ОР 0,53 (95% ДИ 0,13-2,12; I₂=77,12%, МСЭ; p=0,371); по частоте абсцессов: ОР 0,55 (95% ДИ 0,20-1,52; I₂=70,02%, МСЭ; p=0,250). Сравнение ВАЛ с ДВМЛ по средней продолжительности нахождения пациентов в ОРИТ. А) с РЛТ: SMD -0,06 (95% ДИ -0,88-0,76, I₂=92,26%, МСЭ; p=0,889). Б) с ПРЛ- не-возможно. В) с вариантами ЛС без вакуума. SMD -0,66 (95% ДИ -0,96 – -0,35, I₂=0%, МФЭ; p=0,000). СОП нет. Сравнение ВАЛ с ДВМЛ по средней продолжительности нахождения в стационаре. А) с РЛТ: SMD 0,10 (95% ДИ -0,53-0,74, I₂=87,32%, МСЭ; p=0,749). Б) с ПРЛ- невозможно. В) с вариантами ЛС без вакуума: SMD -0,74 (95% ДИ -1,05 – -0,43, I₂=0%, МФЭ; p=0,000). СОП нет. Сравнение ВАЛ с ДВМЛ по послеоперационной летальности (ПОЛ). А) с РЛТ: ПОЛ после ВАЛ -18,1% (34/188) (95% ДИ 13,2-24,24%), после РЛТ – 34,64% (53/153) (95% ДИ 27,55-42,48%). ОР 0,37 (95% ДИ 0,12-1,19; I₂=73,5%, МСЭ; p=0,097). Б) с ПРЛ: ПОЛ после ВАЛ – 41,66% (5/12) (95% ДИ 19,26-68,11%), после ПРЛ – 34,61% (9/26) (95% ДИ 19,31-53,88%). ОР 1,58 (95% ДИ 0,18-13,83; I₂=55,68%, МСЭ; p=0,681). В) с вариантами ЛС без вакуума. ПОЛ после ВАЛ – 21,16% (95% ДИ 17,34-25,57%), после вариантов ЛС без вакуума – 31,51% (95% ДИ 26,74-36,72%). ОР 0,72 (95% ДИ 0,56-0,93; I₂=0%, МФЭ; p=0,012). СОП нет. Заключение. Выявлены достоверные отличия: реопераций меньше при ПРЛ, чем при ВАЛ – УДД 2, УУР В (2В). Нет достоверных отличий: количество реопераций между ВАЛ и РЛТ, ВАЛ и ЛС без вакуума 2В; частота и сроки успешного закрытия брюшной полости после ВАЛ или ЛС без вакуума 1С и 2В, и частота кишечных свищей и абсцессов 2В; средняя продолжительность лечения в ОРИТ после ВАЛ и РЛТ 2В, но после ВАЛ меньше, чем при ЛС без вакуума 2В; продолжительность лечения после ВАЛ и РЛТ 2В, но меньше после ВАЛ, чем при ЛС без вакуума 2В; ПОЛ после ВАЛ не отличается РЛТ и ПРЛ 2В. ПОЛ после ВАЛ ниже, чем с ЛС без вакуума 1С.

Выводы. Применение ВАЛ при РП и ТЖ более эффективно по сравнению с ЛС без вакуума.

Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Дербенцева Т.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Цель: стандартизация подходов к лечению пациентов с закрытой травмой полых органов желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. Опыт кафедры госпитальной хирургии ВолгГМУ, данные литературы. Результаты. Пациенты с интрамуральной гематомой желудка(Ж)/ДПК, обнаруженной до операции, со стабильной гемодинамикой, подлежат динамическому наблюдению (В2) с назогастроудоденальной декомпрессией, парэнтеральным питанием 5-7 суток. При высокой кишечной непроходимости или сдавления привратника – открытое/ лапароскопическое/чрескожное/эндоскопическое дренирование гематомы (С2). При одиночных разрывах Ж или ДПК – ушивание (В2). При массивном разрушении Ж – атипичная (аппаратная) ре-секция. При разрыве >½ окружности ДПК, при позднем вмешательстве (>6 ч), при выраженном сужении и деформации кишки в результате ушивания разрыва – временная дивертикулизация – пилорическая эксклюзия ДПК (С2). При неполных разрывах желчного пузыря II AAST – ушивание. При гематоме <50% стенки I AAST и/или сопутствующем повреждении печени/поджелудочной железы/ДПК – холецистостомия. При отрыве желчного пузыря II-III AAST/гематоме >50% стенки – холецистэктомия (С1), а при сопутствующем повреждении печени/поджелудочной железы/ДПК – дренируют холедох через культю пузырного протока. При краевом повреждении гепатикохоледоха IV AAST – прецизионное ушивание, при дефекте ≥½ диаметра (V AAST)/поздней диагностике с желчным перитонитом/механической желтухой – Т-образный дренаж. При полном перерыве гепатикохоледоха (V AAST) – концевая подвесная гепатикостома (В2). При панкреатодуоденальной травме V AAST, деваскуляризации ДПК, повреждении вирсунгова протока/дистального отдела холедоха, отрыве БДС от ДПК, профузном кровотечении из интрапанкреатического сегмента воротной вены – ПДР (С2)/временная дивертикулизация ДПК (С2) с наружным дренированием внепеченочных желчных протоков/панкреатического протока/брюшной полости/забрюшинного пространства/

сальниковой сумки. Субсерозные гематомы и неполные разрывы (I AAST) кишечника погружают серозно-мышечными узловыми швами. При наличии одного или нескольких разрывов на значительном расстоянии друг от друга размером $< \frac{1}{2}$ диаметра кишки (II AAST) – ушивание (A1). При наличии > 2 разрывов на участке в 10 см или 2 разрывов на расстоянии ≤ 5 см друг от друга, при дефектах стенки $> \frac{1}{2}$ окружности без пересечения (III AAST), сквозных дефектах, полном пересечении кишечника (IV AAST), обширном размождении стенки, поперечном разрыве брыжейки на протяжении > 5 см с ишемией/некрозом кишечной стенки (V AAST) – резекция (B2). Наложение первичного анастомоза после резекции тонкой кишки допустимо при отсутствии распространенного гнойного перитонита (РПП) (в первые 6 ч), синдрома интраабдоминальной гипертензии, а также после высокой резекции тощей кишки, когда опасность высокого тонкокишечного свища выше риска несостоятельности швов анастомоза (C1). При отсутствии РПП, интраабдоминальных абсцессов/обширных забрюшинных или брыжеечных гематом/эндотоксикоза, респираторного дистресс-синдрома, ДВС-синдрома, потребности в переливании более 6 доз эритроцитарной массы, выраженной сопутствующей патологии, синдрома интраабдоминальной гипертензии и обширном повреждении правой половины ободочной кишки – правосторонняя гемиколэктомия, илеотрансверзо-анастомоз; поперечной ободочной кишки – резекция с трансверзотрансверзоанастомозом; нисходящей ободочной кишки/сигмовидной кишки – левосторонняя гемиколэктомия/обструктивная резекция с анастомозом. При наличии факторов риска выводятся стомы (C1). При наложении анастомоза на толстой кишке – дивульсия ануса по Рекамье-Субботину или трансректально зонд за линию швов (A1).

Заключение. Стандартизация лечебного подхода у пациентов с закрытой травмой полых органов живота с позиций доказательной медицины способна улучшить результаты лечения.

Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ЕСТЬ ЛИ РАЗНИЦА МЕЖДУ ЛАПАРОСКОПИЕЙ И ЛАПАРОТОМИЕЙ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА?

Введение. На сегодняшний день лапароскопия может смело конкурировать с лапаротомией у гемодинамически стабильных пациентов с закрытой травмой живота.

Целью нашего исследования является проведение мета-анализа по оценке эффективности лапаротомии (ЛТ) и лапароскопии (ЛС) при лечении пациентов с закрытой травмой живота.

Материал и методы. Систематический поиск литературы и мета-анализ проведен в соответствии с рекомендациями PRISMA с января 2015 г. по январь 2022 г. из электронных баз PubMed, Cochrane Library, Scopus, eLibrary.

Результаты. В мета-анализ включены 7 ретроспективных когортных исследований.

Мета-анализ. 1. Сравнение ЛС и ЛТ по средней продолжительности операции.

Стандартизованная разность средних составляет SMD $-0,16$ (95% ДИ от $-0,55$ до $0,23$). Сведения из трёх первоисточников по продолжительности оперативных вмешательств отличаются значительной гетерогенностью (I^2 статистика – 79,17%). Статистически достоверных различий по средней продолжительности ЛС и ЛТ не выявлено ($p=0,419$).

2. Частота конверсии составляет 27,3% (142/520) (95% ДИ 23,5-31,4%).

3. Сравнение ЛС и ЛТ по послеоперационным осложнениям (ПОО). Процент ПОО после ЛС-7,6% (43/566) (95% ДИ 5,55-10,10%), после ЛТ – 23,66% (6689/28271) (95% ДИ 22,61-24,71%). Отношение шансов ОШ 0,32 (95% ДИ 0,15-0,67; $I^2=68,09\%$, модель случайных эффектов). ЛС у гемодинамически стабильных пациентов с травмой живота сопровождаются достоверно меньшим количеством ПОО по сравнению с ЛТ ($p=0,003$).

4. Сравнение ЛС и ЛТ по пропущенным повреждениям.

Процент пропущенных повреждений после ЛС-0,47% (1/213) (95% ДИ $<0,01$ -2,59%), после ЛТ-2,2% (11/499) (95% ДИ 1,11-3,91%). ОШ 0,41 (95% ДИ 0,07-2,58; $I^2=0\%$). Отличий по числу про-

пущенных повреждений после ЛС и ЛТ при травме живота в приведенных выше исследованиях не обнаружено ($p=0,345$).

5. Сравнение ЛС и ЛТ по средней продолжительности стационарного лечения. SMD $-1,13$ (95% ДИ от $-2,10$ до $-0,15$, $I^2=98,78\%$).

При изучении послеоперационного периода выявлено, что средняя продолжительность стационарного лечения после ЛС у гемодинамически стабильных пациентов с травмой живота достоверно меньше ($p=0,025$).

6. Сравнение ЛС и ЛТ по уровню послеоперационной летальности. Летальность после ЛС у пациентов с травмой живота составляет $3,38\%$ ($19/561$) (95% ДИ $2,05-5,24\%$), после ЛТ $17,44\%$ ($4931/28271$) (95% ДИ $16,17-18,71\%$). ОШ $0,57$ (95% ДИ $0,36-0,92$; $I^2=28,55\%$, модель фиксированных эффектов). Летальность после ЛС у гемодинамически стабильных пациентов с травмой живота достоверно меньше ($p=0,021$).

Выводы.

ЛС уменьшает сроки стационарного лечения, процент ПОО и летальность у гемодинамически стабильных пациентов с травмой живота по сравнению с лапаротомией. Процент пропущенных повреждений после ЛС минимален, что сопоставимо с ЛТ. Учитывая, что мета-анализ выполнен на основе нерандомизированных исследований, и не все они имеют высокое методологическое качество, результаты соответствуют уровню достоверности доказательств 2 и уровню убедительности рекомендаций В.

Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА И НЕСТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ

Цель: создание стандартизированного лечебно-диагностического алгоритма при сочетанной ЗТЖ у пациентов с нестабильной гемодинамикой (НГ).

Материал и методы. Обобщен опыт кафедры госпитальной хирургии ВолГМУ, анализ рекомендаций из отечественных и зарубежных публикаций в PubMed, Cochrane Library, Scopus, Embase, ScienceDirect, Google Scholar Search, Mendeley, eLibrary за 2015-2021 гг. с указанием уровней убедительности рекомендаций и достоверности доказательств.

Результаты. Пациенты с политравмой (ПТ) доставляются в противошоковую операционную, осматриваются хирургом, анестезиологом-реаниматологом, нейрохирургом и травматологом, в первые 15 минут стабилизируются жизненные функции. При НГ (АД сист <90 мм рт. ст., ЧСС >120 в мин.), ЧД >30 в мин, геморрагическом шоке УЗИ живота (А1), плевральных (ПП) и перикардальной полостей (FAST-протокол) – поиск свободной жидкости (СЖ) и пневмоторакса; эхоэнцефалоскопия, рентгенография черепа, грудной клетки, живота, таза, позвоночника. При ПТ после остановки наружного кровотечения и обеспечения проходимости ВДП при гемопневмотораксе (ГПТ) сначала (торакоцентез / дренирование ПП / торакотомия (ТТ)), затем другие вмешательства. При НГ и продолжающемся внутрибрюшном/забрюшинном кровотечении (ПВК) с количеством СЖ >500 мл – неотложная лапаротомия (ЛТ) (А1) / ревизия забрюшинной гематомы / внебрюшинная тампонада тазовой клетчатки (В1) с реанимационными мероприятиями. При показаниях к экстренной ТТ и ЛТ, сначала ТТ. При малом и среднем гемотораксе, закрытом пневмотораксе сначала торакоцентез, проба Рувилуа-Грегуара, при необходимости – дренирование ПП до ЛТ, как реанимационное и профилактическое мероприятие. При показаниях к неотложной ТТ и декомпрессионной трепанации черепа, сначала ТТ. При показаниях к экстренной ЛТ и декомпрессионной трепанации черепа, операции хирургами и нейрохирургами одновременно. При при-знаках перитонита, свободный газ (СГ) в БП и / или ЗП и отсутствует СЖ, при этом есть дислокация головного мозга, начинаем с трепанации черепа, а уже затем ЛТ. При повреждении магистральных сосудов конечностей и профузном ПВК операции

одновременно с ангиохирургами. Первичную реваскуляризацию не проводим, если прошло >6 ч, при ише-мической тотальной контрактуре с отсутствием кровотока на УЗДГ), при восходящей ган-грене на фоне ишемии – накладываем жгут/зажимы для временной остановки кровотечения (А1), ампутация после ЛТ. При травматическом отрыве конечности, если невозможна пер-вичная реконструкция, накладываем зажимы на магистральные сосуды, обрабатываем рану антисептиками, затем выполняем ЛТ. Ампутации после стабилизации состояния. Когда ре-имплантация конечности возможна, но ПВК, операции двумя бригадами (травматологи, нейрохирурги и ангиохирурги) одновременно. При открытых переломах конечностей и ран мягких тканей – хирургическая обработка после ЛТ. При наличии <500 мл СЖ или малоин-формативности УЗИ с отсутствием СГ в БП и ЗП, или при отсутствии СЖ и СГ в БП и ЗП, но клинически «неспокойном» животе, ГПТ, после мероприятий на грудной клетке экс-тренно диагностический перитонеальный лаваж (ДПЛ) / минилапаротомию (А1), и, при вы-явлении соответствующих показаний (аспирация ≥10 мл крови, поступление желчи, желу-дочного или кишечного содержимого или частиц пищи, мочи, мутного экссудата с хлопья-ми фибри-на; содержание в аспирированной жидкости ≥100 тыс. эритро./мл, ≥500 лейко./мл, уровень щелочной фосфатазы >10 МЕ/л или уровень амилазы >75 МЕ/л), – ЛТ (А1). При от-сутствии СЖ и СГ в БП и ЗП, ГПТ, УЗ-признаков кровотока в ЗК, «спокойном» животе и наличии показаний выполняем другие неотложные вмешательства по тактике «damage control», при отсутствии таковых – наблюдение и ле-чение в ОРИТ, УЗИ / МСКТ / рентген в динамике, осмотр специалистами. Лечебная тактика при НГ в значительной степени опре-деляется данными УЗИ и ДПЛ.

Заключение. Стандартизированный лечебно-диагностический алгоритм при сочетанной ЗТЖ у пациентов с НГ может эффективно применяться в клинической практике.

Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА И СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ

Цель исследования: сформировать стандартизированный лечебно-диагностический алго-ритм при сочетанной ЗТЖ у пациентов со стабильной гемодинамикой (СГ).

Материал и методы. Обобщен опыт кафедры госпитальной хирургии ВолгГМУ, проанали-зированы современные рекомендации по диагностике и лечению сочетанной ЗТЖ из отече-ственных и зарубежных публикаций электронных баз медицинской литературы PubMed, Cochrane Library, Scopus, Embase, ScienceDirect, Google Scholar Search, Mendeley, eLibrary с 2015 по 2021 год с ука-занием уровней убедительности рекомендаций и достоверности дока-зательств. Результаты. Паци-енты с политравмой доставляются в противошоковую операци-онную, осматриваются хирургом, анестезиологом-реаниматологом, нейрохирургом и трав-матологом, в течение первых 15 минут ста-билизируются жизненные функции организма. При СГ (АДсист>90 мм рт. ст., ЧСС<120/мин.), ЧД<30 в мин. экстренно КТ головы, грудной клетки, живота (А1), таза, позвоночника, других сегментов по-сле временной иммобилиза-ции переломов; при подозрении на повреждение крупных сосудов и паренхиматозных орга-нов брюшной полости (БП) и забрюшинного пространства (ЗП) и/или свободной жидкости (СЖ) в БП и отсутствии свободного газа (СГ) в БП и ЗП – ангиоконтрастирование (источник кровотечения); на повреждение мочевого пузыря – КТ с цистографией; на повреждение со-судов ко-нечностей – УЗИ с селективной ангиографией; при нарушении проводимости спин-ного мозга – МРТ. При экстравазации контраста в БП/ЗП/паренхиму органов (ПО) (неста-бильная гематома) – эндова-скулярная эмболизация (ЭЭ) сосуда. При неэффективной ЭЭ и СЖ в БП>500 мл, росте забрюшинной гематомы – лапаротомия (ЛТ), ревизия гемато-мы/внебрюшинную тампонаду тазовой клетчатки. При гемопневмотораксе сначала торако-центез/дренирование плевральной полости/торакоскопия/ тора-котомия, затем ЛТ и другие вмешательства. При неэффективной ЭЭ, если СЖ в БП<500 мл – лапа-роскопия (ЛС) для остановки кровотечения и санации, дренирования БП. При невыясненном источ-

нике про-должающегося кровотечения или невозможности/неэффективности гемостаза – конверсия. При отсутствии СЖ в БП, СГ в БП/ЗП, ЭКВ в ПО (нестабильная гематома) и неэффективности ЭЭ выполняем ЛТ. При эффективной ЭЭ и отсутствии гемоперитонеума («стабилизация» нестабильной гематомы, в т.ч. забрюшинной), стабильной гемодинамике – динамическое наблюдение в ОРИТ (ДН). При эффективной ЭЭ и количестве СЖ в БП >500 мл (остановленное интраабдоминальное кровотечение со стабильной гемодинамикой), выполняем ЛС для санации и дренирования БП. При эффективной ЭЭ и количестве СЖ в БП <500 мл (остановленное незначительное интраабдоминальное кровотечение со стабильной гемодинамикой), отсутствии пневмоперитонеума и пневморетроперитонеума и «спокойном» животе выполняем ДН. При «неспокойном» животе выполняем диагностический перитонеальный лаваж (ДПЛ), и при выявлении соответствующих показаний (наряду с повреждением паренхиматозного органа есть разрыв полого органа без выхода СГ в БП или ЗП) – ЛТ. При отсутствии ЭКВ в свободную БП/ЗП/ПО, отсутствии СГ в БП/ЗП, отсутствии гемоперитонеума (стабильная гематома) – ДН. При отсутствии ЭКВ в свободную БП/ЗП/ПО, отсутствии СГ в БП и ЗП, СЖ до 500 мл для уточнения характера СЖ – минилапаротомия/ДПЛ (А2) и, при выявлении разрыва полого органа без СГ в БП/ЗП) – ЛТ. При отсутствии ЭКВ в свободную БП/ЗП/ПО, отсутствии СГ в БП/ЗП, количестве СЖ в БП >500 мл – ЛС, при обнаружении – конверсия. Явные признаки повреждения полого органа при КТ, клиника перитонита – ЛТ. При сомнительных или отрицательных результатах КТ и «спокойном» животе – ДН (А2). При «неспокойном» животе – ДПЛ и ЛТ. При ЗТЖ легкой и средней степени тяжести из ОРИТ в профильное отделение.

Заключение. Предложенный стандартизированный лечебно-диагностический алгоритм при сочетанной ЗТЖ у пациентов со стабильной гемодинамикой (СГ) может эффективно применяться в клинической практике.

Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ КРУПНЫХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ЖИВОТА И ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА

Цель: стандартизация подходов к лечению пациентов с закрытыми повреждениями крупных кровеносных сосудов живота и переломами таза.

Материал и методы. Опыт кафедры госпитальной хирургии ВолгГМУ, данные литературы. Результаты. При разрыве аорты (А) (тип IV), периаортальной гематоме и нестабильной гемодинамике – экстренная операция (А1). При АД сист ≤ 70 мм рт. ст. и множественных источниках кровотечения, затруднениях ревизии органов из-за большого гемоперитонеума, А прижимают к позвоночнику сразу ниже диафрагмы до 20-30 мин для стабилизации состояния пациента (С1), либо установка баллона-обтуратора (С2) на уровень 1-й зоны брюшного отдела А. При других типах повреждения А вмешательство может быть отложено на срок до 24 ч (при условии отсутствия других показаний к экстренной операции) для стабилизации пациента. При II-III типах повреждения А используют стент-графты (А1), при I типе возможно первоначальное консервативное лечение с повторной визуализацией (С1) или стентирование (А1). При повреждении ретрогепатического отдела нижней полой вены (НПВ), подвздошных вен и стабильной гемодинамике возможно эндопротезирование стент-графтами (А1). Перевязывать (при невозможности восстановления) можно: чревный ствол; почечную артерию/вену при полном перерыве (слева по возможности с сохранением яичковой вены) и сохранности противоположной почки; селезеночную артерию; левую и правую желудочные артерии; верхнюю и нижнюю поджелудочно-двенадцатиперстные артерии; желудочно-сальниковые артерии; верхнюю брыжеечную артерию дистальнее отхождения первой тонкокишечной ветви, толстокишечные ветви верхней брыжеечной артерии кроме средней ободочной артерии; нижнюю брыжеечную артерию; общую печеночную артерию проксимальнее отхождения желудочно-двенадцатиперстной артерии, правую/левую печеночную артерию; одну печеночную вену; инфраренальный отдел НПВ; один из

трех основных при-токов воротной вены; воротную вену при её полном пересечении, неповрежденной печёночной артерии и геморрагическом шоке; внутреннюю подвздошную артерию, подвздошные вены. Обязательному восстановлению (боковой шов – при поперечных разрывах $\leq 1/2$ окружности сосуда, продольных разрывах длиной $\leq 1,5$ см; синтетическая заплатка; временное протезирование (шунтирование) – при полном пересечении/разрыве сосуда $> 1/2$ окружности, сквозном дефекте, разрыве интимы с тромбозом при невозможности эндоваскулярно-го лечения; эндопротезирование стент-графтами – при стабильной гемодинамике и неполном пересечении сосуда, псевдоаневризме, интрамуральной гематоме) подлежат: брюшная аорта; верхняя брыжеечная артерия проксимальнее отхождения первой тонкокишечной ветви, средняя ободочная артерия; супраренальный отдел НПВ (в т.ч. атриокавальное шунтирование); общая и наружная подвздошные артерии.

Тяжёлые раздавленные переломы таза с массивным забрюшинным кровотечением и геморрагическим шоком требуют немедленной костной стабилизации (B1). Если после этого в течение 20 минут сохраняется гипотония, показана внебрюшинная тампонада таза (B1). При АДсист ≤ 70 мм рт. ст. выполняют РЭБОА на уровне 3-й зоны брюшного отдела аорты для временной остановки внутритазового кровотечения (C2). Обнаружение артериальной экстрavasации служит показанием к немедленной эндоваскулярной эмболизации (ЭЭ) поврежденного сосуда (B1) после стабилизации тазового кольца аппаратом внешней фиксации (B1). Если это невозможно – выполняют открытую операцию (A1). При большой гематоме и признаках продолжающегося венозного кровотечения – ЭЭ (B1), при невозможности/неэффективности – прямое вмешательство (C1). Обнаружить источник венозного кровотечения не всегда возможно, используется внебрюшинная тампонада (B1).

Заключение. Стандартизация лечебного подхода у пациентов с закрытыми повреждениями крупных кровеносных сосудов живота и переломами таза с позиций доказательной медицины способна улучшить результаты лечения.

Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ЖИВОТА

Введение. Повреждения селезенки встречаются у 16-30% пострадавших с закрытой травмой живота (ЗТЖ), при сочетанной травме достигают 49%; у детей они занимают первое место -46,9-61%; печени – у 20-47%; поджелудочной железы – у 1-12%, почек – у 10-15%.

Цель исследования: стандартизация подходов к лечению пациентов с ЗТЖ.

Материал и методы. Опыт кафедры госпитальной хирургии ВолГМУ, данные литературы.

Результаты. При повреждении селезенки IV-V AAST, отрыве от ножки, обширных размозжениях и разрывах, исключающих функционирование органа в дальнейшем, проходящих через ворота селезенки, невозможности их ушивания, прорезывании швов в сочетании с не-стабильной гемодинамикой (A2), агональным состоянием, множественным повреждением других органов брюшной полости и забрюшинного пространства, признаками распространенного перитонита, возрастом старше 65 лет, спленомегалией, выраженным перипроцессом, дряблой паренхимой, коагулопатией показана спленэктомия. В остальных случаях при стабильной гемодинамике возможны попытки неоперативного лечения, а при наличии других показаний к лапаротомии или нестабильной гемодинамике после ушивания селезенки поверх местного аппликационного средства гемостаза «окутывают» её сеткой из полиглак-тина 910 с тампонадой (B1). Органосохраняющие технологии особенно актуальны в детской хирургии.

При наличии интенсивного кровотечения из паренхимы печени, глубоких разрывах с повреждением сегментарных сосудов, выполняют бимануальную компрессию органа или при-ём Прингла. При незначительных повреждениях, венозном или умеренном паренхиматозном кровотечении возможно ушивание разрывов, применение физических методов гемостаза, местных гемостатических средств в сочетании с другими хирургическими мерами или тампонированием (B1). При размозжении пече-

ни, фрагментации, повреждении долевых и сегментарных сосудов с высокой вероятностью некроза печеночной ткани показана атипичная резекция, которую в хирургии политравмы рассматривают как вынужденное мероприятие (B2), сопровождающееся летальностью до 70% из-за интраоперационного кровотечения, печеночной недостаточности, некроза паренхимы. При повреждении печени IV–V AAST и большой кровопотере, гипотермии, ацидозе, коагулопатии, нестабильности гемодинамики производится тампонирование/пакетирование разрывов (B2) в рамках тактики damage control с последующим окончательным гемостазом после стабилизации состояния. При повреждении поджелудочной железы I–II AAST показан гемостаз, дренирование зоны повреждения/сальниковой сумки (B2), III AAST – по возможности дренирование панкреатического протока. При размозжении дистальных отделов, поперечном разрыве с пересечением $> \frac{2}{3}$ железы (III AAST) – дистальная резекция линейным степлером (C2); головки и тела IV–V AAST – гемостаз, дренирование зоны повреждения (C2), дренирование протока, абдоминализация ПЖ, тампонирование (при неустойчивом гемостазе), марсупиализация сальниковой сумки. При умеренном венозном и коагулопатическом кровотечении из паренхимы почек – тампонада органа (B1). При массивных повреждениях почки, проникающих в лоханочную систему, особенно в области ворот, размозжении, травме сосудов почечной ножки, отрыве почки, угрожающем жизни продолжающемся кровотечении из разрывов после ушивания с нестабильностью гемодинамики, при осложнении гнойным пиелонефритом и нагноением паранефральной гематомы – нефрэктомия (B1) и дренирование. При тяжелом повреждении единственной почки/двусторонней травме/повреждениях почки на фоне необратимых патологических изменений контрлатеральной почки следует пытаться её сохранить, перевязав сегментарные сосуды, наложив нефростому, выполнив «окутывание» рассасывающейся сеткой и тампонаду (B1), ушивание дефекта сосудов почечной ножки/установку стент-графта.

Заключение. Стандартизация лечебного подхода при ЗТЖ с повреждением паренхиматозных органов с позиций доказательной медицины способна улучшить результаты лечения.

Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ТАКТИКИ «DAMAGE CONTROL»

Цель: стандартизация подходов к лечению пациентов с сочетанной закрытой травмой живота (ЗТЖ) на I этапе «damage control» (DC). Материал и методы. Опыт кафедры госпитальной хирургии ВолгГМУ, данные литературы. Результаты. I-й этап тактики DC при ЗТЖ – первичная неотложная операция в сокращенном объеме (до 90 мин.). Задачи: 1. Временный или окончательный гемостаз. Травма магистральных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства, паренхиматозных органов. Тактика: идентификация поврежденного сосуда, доступ, временный гемостаз. При интенсивном кровотечении из паренхимы печени (П), глубоких разрывах с повреждением сосудов – бимануальная компрессия П, приём Прингла. При незначительных повреждениях П – ушивание, местный гемостаз. При травме П IV–V AAST – тампонирование/пакетирование П (B2). При артериальном кровотечении – селективная перевязка печеночной артерии или эмболизация. При травме селезенки (С) IV–V AAST, отрыве, размозжениях и разрывах, проходящих через ворота С, распространенном перитоните – спленэктомия. В остальных случаях – зажим на сосудистую ножку С, «окутывание» сеткой и тампонада. При повреждении хвоста поджелудочной железы (ПЖ) – дистальная резекция степлером; головки и тела – остановка кровотечения, дренирование (C2), дренирование главного панкреатического протока, тампонирование и марсупиализация сальниковой сумки, дренирование желчевыводящих путей, назоинтестинальная интубация. При разрывах почки (ПО) с продолжающимся кровотечением – реноррафия рассасывающимся шовным материалом, дренирование паранефрального пространства. При умеренном венозном и коагулопатическом кровотечении – тампонада ПО (B1). При массивных повреждениях ПО, проникающих в лоханочную систему, особенно в

области ворот, травмировании сосудов почечной ножки, продолжающемся кровотечении – нефрэктомия (В1). При тяжелом повреждении единственной ПО или двусторонней травме следует пытаться сохранить ПО, перевязав сегментарные сосуды, наложив нефростому, выполнив «окутывание» рассасывающейся сеткой и тампонаду (В1). 2. Контроль контаминации: устранение повреждений полых органов без формирования кишечных стом и анастомозов. При одиночном разрыве полого органа – ушивание. При массивном разрушении желудка – атипичная (аппаратная) резекция без гастроэнтероанастомоза. При множественных разрывах двенадцатиперстной кишки (ДПК), отрыве от желудка – антрум-резекция аппаратом без анастомоза, тампонирование для остановки кровотечения, дренирование, холецистостомия. При тяжелом повреждении ДПК, головки ПЖ и общего желчного протока – ушивание стенки ДПК, назогастродуоденальный зонд, наружное дренирование желчного и панкреатического протоков, брюшной полости, забрюшинного пространства и сальниковой сумки (С2). При наличии одного или нескольких разрывов тонкой кишки на значительном расстоянии друг от друга, когда их размер $< \frac{1}{2}$ диаметра кишки – ушивание. При значительных повреждениях – резекция с закрытием концов швами, степплером, зажимами, назогастроинтестинальная интубация проксимального участка, остановка кровотечения. Анастомоз не накладывается. При обширных повреждениях стенки ободочной кишки, сквозном дефекте, наличии нескольких, близком расположении дефектов $> \frac{1}{3}$ окружности, нарушении питания стенки кишки – обструктивная резекция с закрытием концов швами, степплером, зажимами; дистальный и проксимальный отделы кишки погружаются в брюшную полость, интубация тонкой кишки, газоотводная трубка и дивульсия ануса. При травме прямой кишки (ПК) – остановка кровотечения с тампонадой полости малого таза и ушивание внутрибрюшинных разрывов. При внутрибрюшинном повреждении мочевого пузыря (МП) – ушивание, мочевого катетер и эпицистостомия (ЭС) (при обширном повреждении или сочетанной спинальной травме с нарушением мочеиспускания) (А1), тампонада и дренирование малого таза. При небольшом внебрюшинном разрыве МП вне шейки, без нестабильных переломов таза, повреждений ПК и влагалища – консервативное лечение с уретральным катетером большого диаметра или троакарной ЭС (С1). При комбинированных разрывах с переходом на шейку МП или треугольник Льео (V AAST), отрыве шейки от уретры – двустороннее ретроградное стентирование мочеточников с наружным отведением мочи. 3. Временное закрытие лапаротомной раны. Лапаростомия. Заключение. DC у декомпенсированных пациентов с ЗТЖ требует минимизации хирургической агрессии на 1 этапе.

Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ТАКТИКИ «DAMAGE CONTROL»

Цель: стандартизация подходов к лечению пациентов с сочетанной закрытой травмой живота на втором этапе тактики «damage control» (DC).

Материал и методы. Опыт кафедры госпитальной хирургии ВолгГМУ, данные литературы. Результаты. 2-й этап тактики DC – DC Resuscitation – интенсивная терапия для стабилизации жизненно важных функций организма, детальная идентификация повреждений с возможным эндоваскулярным гемостазом, консультации смежных специалистов.

Задачи данного этапа и пути их достижения:

1. Адекватное комбинированное обезболивание; 2. Инфузионно-трансфузионная терапия; 3. Коррекция коагулопатии; 4. Устранение ацидоза; 5. Длительная респираторная поддержка (А1); 6. Превентивная антибактериальная терапия (А1); 7. Профилактика/лечение абдоминального компартмент-синдрома; 8. Ранняя нутритивная поддержка у пациентов с лапаротомией (С1); 9. Согревание пострадавших (С1); 10. Инотропная поддержка; 11. Введение гемостатических препаратов; 12. Профилактика стрессовых кровотечений из верхних отделов ЖКТ (А1); 13. Профилактика тромбозов.

В ходе интенсивной терапии проводится мониторинг основных параметров (пульса, АД (при возникновении гипотонии после изначальной стабилизации, когда возникает необходимость в гемотрансфузии 2-х и более доз эритроцитной массы в час, ставятся показания к релапаротомии), температуры тела, обязательно измерение внутрибрюшного давления (В1) путем оценки давления в мочевом пузыре (при отсутствии его повреждения) каждые 2-4-6 ч. в зависимости от тяжести состояния (при повышении выше 20 мм рт.ст. показана релапаротомия), количества эритроцитов, гемоглобина (исходные нормальные значения гемоглобина могут скрывать кровотечение (В1)), мочи, показателей дыхания и коагулограммы (АЧТВ, МНО, фибриногена и количества тромбоцитов (А1)), биохимических параметров крови). Осуществляется катетеризация легочной артерии (катетер Swan-Ganz) для получения постоянной информации о доставке и потреблении кислорода. Определяют лактат и дефицит оснований (В1), являющиеся независимыми прогностическими показателями выживаемости.

В целях ранней диагностики аспирации желудочного содержимого в дыхательные пути, травматического повреждения трахеобронхиального дерева и обеспечения адекватной проходимости бронхов необходимо применять фибробронхоскопию с 1 суток ИВЛ. Проводится повторная идентификация травм. Выполняется ангиография для определения источника ранее неустановленного или вторичного кровотечения (вследствие возникновения ложных артериальных аневризм, артериовенозных фистул, гемобилии, гематурии) и возможной эмболизации (А2) или стентирования. Эндоваскулярный гемостаз в сравнении с открытыми методами снижает потребность в переливании препаратов крови, сопровождается меньшей летальностью. Есть публикации по эндопротезированию ретрогепатического отдела НПВ и подвздошных вен, аорты, воротной вены, почечных сосудов стент-графтами (А1) при травме.

Продолжительность второго этапа тактики DC составляет 24-96 ч. Критерии стабилизации состояния травмированных: АД сист. ≥ 100 мм рт.ст., ЧСС ≤ 100 /мин, шоковый индекс < 1 , отсутствие инотропной поддержки, восстановление диуреза > 1 мл/кг/час; температура тела $> 35^{\circ}\text{C}$, гемоглобин ≥ 100 г/л, гематокрит $\geq 30\%$, лактат сыворотки крови $< 2,5$ ммоль/л; BE > -4 ммоль/л.

Заключение. Четкое знание основных моментов интенсивной терапии, критериев стабилизации и показаний для релапаротомии на втором этапе тактики «damage control» улучшает результаты лечения пациентов с тяжелой сочетанной закрытой абдоминальной травмой.

Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА НА ТРЕТЬЕМ ЭТАПЕ ТАКТИКИ «DAMAGE CONTROL»

Цель: стандартизация подходов к лечению пациентов с сочетанной закрытой травмой живота на 3 этапе «damage control» (DC).

Материал и методы. Опыт кафедры госпитальной хирургии ВолгГМУ, данные литературы. Результаты. 3-й этап тактики «damage control» – повторное планируемое вмешательство с тщательной ревизией повреждений для исключения пропуска незамеченных травм. Приоритеты: 1. Окончательное восстановление крупных сосудов. 2. Повторная ревизия тампонируемых областей, замена тампонов на гемостатические препараты или реконструктивные операции на паренхиматозных органах. При размозжении печени, фрагментации, повреждении сосудов с высокой вероятностью некроза – атипичная резекция. При рецидиве кровотечения и невозможности визуализации источника – повторная тампонада. Показания к трансплантации печени: некроз ткани после пакетирования или резекции с нарастанием острой печеночной недостаточности. При травме селезенки и возобновлении кровотечения после удаления тампонов и снятия зажима с сосудистой ножки, при некрозе селезеночной ткани – спленэктомия. Лечение больных с травмой поджелудочной железы как при панкреонекрозе. При травме почек в случае возобновления кровотечения после удаления тампонов, лигирования почечных сосудов на 1 этапе и/или их эмболизации, а также при некрозе показана не-

фрэктомия. При травмировании полюса почки возможно выполнение резекции с нефропиело- или пиелостомией. 3. Реконструктивные вмешательства на полых органах. После атипичной резекции желудка – гастроэнтероанастомоз. При выраженном сужении ДПК после ушивания на 1 этапе, угрозе несостоятельности швов – временная дивертикули-зация ДПК. После антрум-резекции – анастомоз по Ру. При панкреатодуоденальной травме – ПДР (С2) (при деваскуляризации или массивном повреждении) или дивертикулизация ДПК и дренирование. При обширном повреждении ДПК дистальнее Фатерова сосочка – анасто-моз проксимальной части ДПК (выше дефекта) и отключенной по Ру петлей тонкой кишки, дистальная часть ДПК заглушается. При травме гепатикохоледоха – перевод концевой гепа-тикостомы в билиодигестивный анастомоз с отключенной по Ру петлей тонкой кишки на погружном дренаже. При значительном сужении просвета тонкой кишки после ушивания на первом этапе, в случае некроза после перевязки брыжеечных сосудов – резекция. После ре-зекции кишки с использованием тактики отсроченного анастомоза – наложение анастомоза. При сомнении в надежности ушивания – экстраперитонизация участка кишки с ушитым де-фектом. После резекции повторная оценка жизнеспособности резецированных участков и наложение кишечного анастомоза или формирование колостомы (С1). Колостомия предпо-читательна при тяжелой форме перитонита. При повреждении прямой кишки после ушива-ния на 1 этапе – двуствольная сигмостома. При мно-жественных внутрибрюшинных разрывах прямой кишки и ректосигмоидного отдела, разрывах $>1/2$ окружности кишки, размождении кишки с участками некроза и полном отрыве кишки – операция типа Гартмана. При внеб-рюшинных разрывах – двуствольная сигмостома, дренирование, ушивание дефекта стенки кишки из просвета. При травме мочевого пузыря V ст. после двустороннего ретро-градного стентирования мочеточников – попытка сшивания шейки с уретрой на мочевом катетере с дренированием паравезикальной клетчатки. При обширном повреждении мочеточника по-сле уре-теро- или нефростомии выполняется трансуретероуретероанастомоз (в/3 и с/3)/уретеронеоцистоа-настомоз (н/3)/ пластика по Боари (н/3)/интерпозиция подвздошного трансплантата (протяженный дефект). При травме уретры – эндоскопическая реканализация, уретропластика. 4. Санация и дрени-рование полостей и клетчаточных пространств.

Заключение. ДС у декомпенсированных пациентов требует минимизации хирургической агрессии на 1 этапе, скорейшей стабилизации жизненно важных функций, реконструктив-ной операции с по-вторной оценкой повреждений для выбора оптимальной тактики на 3 эта-пе; нивелируется возмож-ный недостаток опыта врачей, оказывающих помощь на 1 этапе.

Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К НЕОПЕРАТИВНОМУ ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА

Введение. Неоперативное ведение (НОМ) пациентов с закрытой травмой живота (ЗТЖ) включает динамический клинико-инструментального мониторинг в расчете на спонтанный гемостаз при повреждении паренхиматозных органов или выполнение эндоваскулярного гемостаза при продолжающемся кровотечении у гемодинамически стабильного пациента.

Цель исследования: обобщение стандартизированных подходов к неоперативному веде-нию паци-ентов с закрытой травмой живота (ЗТЖ).

Материал и методы. Опыт кафедры госпит. хирургии ВолгГМУ и данные литературы.

Результаты. Показания к НОМ: 1) стабильные гемодинамические показатели (АДсист $>$ 90 мм рт.ст.; пульс $<$ 120 в 1 минуту) на фоне проводимой инфузионной и гемостатической тера-пии, отсутствие клиники шока (уровень убедительности рекомендаций – А, уровень досто-верности доказательств – 2; А2); 2) стабильные показатели эритроцитов, гемоглобина и гематокрита (В1); 3) отсутствие трав-мы полых органов, перитонита, показаний к экстрен-ной операции (А1); 4) наличие оборудования и персонала для круглосуточного наблюдения в условиях ОРИТ, КТ с ангиоконтрастированием, ангио-графии и ангиоэмболизации, ЭРХПГ/МРХПГ/чрескожных вмешательств, быстрого доступа к пре-

паратам крови (A2). Комплекс NOM, кроме эндоваскулярных, эндоскопических и чрескожных вмешательств при ЗТЖ включает: 1. профилактику гипоксемии (A1); 2. восполнение кровопотери (ИТТ, сба-лансированные кристаллоиды (A1)/коллоиды (для начальной реанимации) (C1); 3. коррекцию/профилактику коагулопатии – путем переливания а) свежезамороженной плазмы (если фибриноген менее 0,8-1 г/л; протромбиновое время и АЧТВ в 1,5 и более раз превышают норму или АЧТВ более 40 сек, МНО более 1,3; количество тромбоцитов менее $80 \times 10^9/\text{л}$; (B1); б) фибриногена (нач. доза 3-4 г (C1); в) криопреципитат при фибриногене $< 1,5$ г/л; нач. доза 50 мг/кг (C1); г) тромбоцитарная масса до поддержания уровня тромбоцитов $> 50 \times 10^9/\text{л}$ (C1), у пациентов с продолжающимся кровотечением, тяжелой политравмой, нарушением функции тромбоцитов (при терминальной стадии почечной недостаточности) и/или ЧМТ (C1) рекомендуется поддерживать уровень тромбоцитов $> 100 \times 10^9/\text{л}$; 4. гемостатические пре-параты – транексамовая кислота в нагрузочной дозе 1 г в течение 10 минут в первый час от момента получения травмы (что снижает риск смерти из-за кровотечения на 2,5%), с последующим внутривенным вливанием 1 г в течение 8 часов (A1). При неэффективности перечисленных выше препаратов возможно использование рекомбинантного активированного фактора коагуляции VII (rFVIIa) НовоСэвен (C1). Начальная доза – 200 мкг/кг, затем через 1 и 3 ч – по 100 мкг/кг; 5. антибактериальные средства для профилактики инфекционных осложнений, синдрома кишечной недостаточности; 6. инотропные препараты (добутамин) при дисфункции миокарда (C1); 7. препараты, направленные на профилактику стрессовых кровотечений из верхних отделов ЖКТ – блокаторов протонной помпы (A1); 8. согревание пациента (C1); 9. профилактику/лечение пареза ЖКТ: назоеюнальная интубация, прокине-тики (A1) и др.), внутривенное введение растворов, содержащих калий, гипертонические клизмы; 10. устранение ацидоза: избегание гиповентиляции и больших инфузий 0,9% раствора хлорида натрия; 11. профилактика венозных тромбоэмболических осложнений – пре-рывистая пневматическая компрессия (A2) и фармакологическая профилактика низкомолекулярными гепаринами (A1) – после достижения окончательного гемостаза (B2) не позднее 24 часов. При стабильной гемодинамике и сомнительных показаниях к лапаротомии – до 500 мл жидкости в брюшной полости при УЗИ/КТ, тенденции к ее увеличению в динамике, неэффективности NOM, переломах костей таза, позвоночника и нижних ребер в сочетании с сомнительными признаками повреждения внутренних органов – показана лапароскопия.

Закключение. NOM пациентов с ЗТЖ при адекватном динамическом клинико-инструментальном мониторинге имеет достаточно широкие показания и эффективность.

Александров Е.И., Каминский А.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Актуальность. Распространенность воспалительных заболеваний пародонта в подростковом периоде наблюдается в 90,0% случаев, наиболее частой формой этих заболеваний является хронический катаральный гингивит. Учитывая, что важная роль в развитии гингивита отводится микробному фактору, в последние годы для его лечения и профилактики все больше находят применение антимикробные препараты, обладающие широким спектром действия. В настоящее время продолжают находить место применения препараты этония (0,25% и 0,5% растворы, 0,5% эмульсия на винилине, мази). Эффективность этония при лечении воспалительных заболеваний различного происхождения (в том числе гнойно-некротические, например, как язвенно-некротический гингивит) достаточно высокая. Поэтому, необходимость совершенствования мероприятий, связанных с профилактикой и лечением хронического катарального гингивита у подростков является актуальной.

Целью исследования являлось изучение эффективности 1% геля этония при лечении хронического катарального гингивита у девушек-подростков.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 65 пациенток с хроническим катаральным гингивитом в возрасте 15-17 лет. Основную группу составили 50 пациенток, а контрольную группу

– 15 пациенток. Обследование и лечение пациенток проводилось на кафедре стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии. В основной группе проводились предложенные лечебно-профилактические мероприятия, а в контрольной группе – общепринятые. Для оценки гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта использовали индекс РМА (%) и индекс гигиены Грина-Вермиллиона (ОНИ-S). Для лечения хронического катарального гингивита у пациенток основной группы в виде аппликаций применялся 1% гель этония на 15-20 минут. Для полосканий полости рта назначался 0,5% раствор этония на протяжении 2 минут 3 раза в день. В контрольной группе проводились аппликации 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, для полосканий полости рта назначалась настойка календулы по 1 чайной ложке на 50 мл воды на протяжении 2 минут 3 раза в день. Статистическая обработка результатов исследований проводилась с использованием прикладных компьютерных программ Statistica for Windows (release 5.0).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты первичного обследования показали, что у пациенток обследованных групп происходило ухудшение гигиенического состояния полости рта и пародонта. Выявлено, что распространенность заболеваний тканей пародонта в основной и контрольной группе составила 100,0%, гигиена полости рта: ГИ – $2,17 \pm 0,16$ баллов в основной группе и $2,13 \pm 0,19$ баллов в контрольной группе – была неудовлетворительной ($p < 0,05$). Индекс РМА составил в основной группе – $42,6 \pm 2,31\%$, контрольной группе – $41,8 \pm 2,70\%$ соответственно ($p < 0,05$). Анализ состояния тканей пародонта и гигиены полости рта, полученных при осмотре у пациенток в основной группе после проведенного лечения свидетельствовал о положительном влиянии разработанных лечебно-профилактических мероприятиях. Так, после лечения пациентки основной группы жалоб на болезненность и кровоточивость десен не предъявляли. Индекс гигиены составил $1,19 \pm 0,10$ баллов, и снизился в 1,8 раза; индекс РМА составил $16,7 \pm 1,43\%$, и снизился в 2,5 раза ($p < 0,05$). В контрольной группе, где проводились общепринятые лечебно-профилактические мероприятия, индекс гигиены после лечения составил $1,34 \pm 0,11$ баллов, и снизился в 1,5 раза; индекс РМА составил $26,4 \pm 1,90\%$, и снизился в 1,5 раза ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что 1% гель этония при лечении хронического катарального гингивита у подростков достаточно эффективен в сравнении с общепринятым лечением.

Выводы. Клиническое исследование эффективности 1% геля этония при лечении хронического катарального гингивита у девушек-подростков позволяет сделать вывод, что данный препарат обладает выраженным противовоспалительным и регенерирующим действием и может быть рекомендован для местного применения при лечении хронического катарального гингивита различной степени тяжести у данного контингента пациентов.

Александровская В.Н., Бабенко А.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЗАКОНЫ ДИАЛЕКТИКИ В КУРСЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ФИЛОСОФИИ В МЕДВУЗЕ

С самого начала студентам надо объяснить, что диалектика – это сердцевина философского знания. Аристотель в работе «Метафизика» впервые выдвинул идею о возможности выделения особой области познания – философского знания. Философия Аристотеля – это учение о мире в целом, о сущности мира, тогда как частные эмпирические науки изучают отдельные его аспекты. На смену античной диалектике древней диалектики пришел к XVII-XVIII веку «метафизический способ мышления». Метаязык (философия) – это «язык высшего уровня развития мышления».

Диалектика – это единые принципы, категории и законы развития объективного мира. Студентам следует знать, что на всех уровнях Вселенной действуют одни и те же всеобщие, универсальные (от слова «универсум» – Вселенная) законы – законы диалектики. Поскольку биоорганизм – это высший уровень Вселенной, то и здесь (наряду с физическим и химическим мирами) законы диалектики выступают как методология и общенаучный метод (по сравнению с частными исследованиями).

В общем виде диалектика – это: 1) единство теории и метода; 2) отражает сложные и противоречивые процессы материального и духовного мира; 3) она способна анализировать «живые», многосторонние объекты в их движении, развитии, изменении.

Законы диалектики – это алгоритм рождения, развития и эволюции любого явления живой материи. Например, когда-то в онтологии считалось, что ген – это самая постоянная, неизменяющаяся вещь в организме. Диалектический подход все изменил: гены также адаптируются к жизни.

Первый закон диалектики (закон противоречия) – это «начало начал» зарождения нового, это «корень всякой жизненности и пульсации», «источник движения», «противоречие мыслит миром», «противоречие можно мыслить». Диалектическое противоречие – это определенный тип взаимодействия (различных и противоположных сторон, свойств, тенденций, процесс столкновения противоположных стремлений сил) в составе любой системы или между системами.

Второй закон диалектики (закон развития) раскрывает внутренний механизм развития любого явления живой материи. Основные понятия этого закона – качество, количество, мера, свойство, диалектический скачок.

Третий закон диалектики (эволюции) показывает тенденции развития, указывает на связь и преемственность между предшествующими и последующими ступенями развития; закон эволюции выполняет три функции: утверждает объективность, всеобщность и специфичность любого процесса всех видов живой материи.

В теории общей патологии сказано, что философия – это «алгебра медицины» (по Д.С. Саркисову). Три закона диалектики фиксируют три своих свойства в развитии болезни: противоречивое начало формирования болезни, ее развитие и эволюция (патогенез). Диалектика указывает общенаучный путь исследования проблемы. Частные науки с помощью своих методов конкретизируют эти поиски: формирование болезни, ее развитие и эволюцию.

Таким образом, диалектика – это теория и методологическая матрица в основе исследований любых уровней и видов любых миров, в том числе и биологического.

Александровская В.Н., Бабенко А.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРИНЦИП ВЗАИМОСВЯЗИ В ЖИВОЙ МАТЕРИИ (К КУРСУ ФИЛОСОФИИ В МЕДВУЗЕ)

Одним из актуальных аспектов диалектической методологии познания является проблема взаимосвязи. Взаимосвязь – это универсальное качество, сквозное и имманентное свойство всей живой материи, включая биоорганизм. Нарушения взаимосвязи ведут к расстройствам всех форм живой материи, в том числе и биоорганизма.

В физике исследуется связь между «клетками Фарадея» и молниями, что инфраструктура Земли рождает молнии (снизу вверх). В химии в состав лимфы крови входят ионы железа, которое намагничивается во время магнитных бурь. Это связь биоорганизма с окружающей средой (живой материей). В физиологии экзистенциальность взаимодействия в биоорганизме доказала теория функциональных систем П.К. Анохина. По этой концепции взаимосвязь – это интеграция всех функциональных систем. Основное назначение взаимосвязи – поддержание целостности организма (как и всего универсума). При нарушении интеграции систем (их взаимосвязи) организм заболевает и погибает. Теория функциональных систем – это модель системной взаимосвязи в организме. Функциональные системы – единицы интегративной деятельности организма, которые не могут изучаться только на основе элементарных процессов возбуждения и торможения. В биоорганизме есть даже «прямые представители» связи и взаимодействия от всего универсума, от всей живой материи – это соединительная ткань, нервная система, мозг. Именно соединительная ткань является управляющей по отношению к функциям рабочих клеток органов. Соединительная ткань участвует в количественных и качественных механизмах организма. Развивается такое научное направление, как «Системная интегративная медицина». Биоорганизм осуществляет интегративную деятельность, причем нейрофизиологи давно

доказали, что в этой интегративной деятельности первое место занимает мозг. Более того, мозг выполняет эту работу, используя диалектическую схему «анализ-синтез». Поэтому деятельность мозга в диалектической терминологии так и называется – «аналитико-синтетическая деятельность мозга». Каждая функциональная система с помощью нервной и гуморальной регуляции избирательно объединяет различные органы и ткани для обеспечения полезных для организма приспособительных результатов. В медицинской практике известно, что глаукома, болезнь Альцгеймера – это разрыв связей; плохие сосуды – плохой кровоток (нарушение связи). В методологии диалектического материализма все функционирует через механизм взаимодействия, участвующего в проявлении фундаментальных законов жизни. Например, взаимодействие в физике и физиологии возможно только в открытых системах; клетка – открытая система; все живое воздействует друг на друга на всех уровнях – от клеточного до органного; взаимодействуют известные и неизвестные нам формы живого вещества; взаимодействуют между собой костное вещество; взаимодействуют живое вещество с костным и т.п.

Надо понять, что, во-первых, взаимосвязь и взаимодействие – это качество всей живой материи, всего мироздания; во-вторых, качественная и имманентная системная связь – залог нормального баланса организма с окружающей средой; в-третьих, дальнейшее развитие диалектической методологии медицинского познания – это перспективное научное направление, требующее своего дальнейшего совершенствования.

Алексеева К.А.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ТЕРАПИЯ СМЫСЛОМ В УСЛОВИЯХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Современный мир и человек переживает острый кризис: последствия пандемии, геополитическая нестабильность, дефицит конструктивной информации, и, как следствие, разрушение привычного образа жизни, социальная фрустрация, эмоциональное напряжение и психическая неустойчивость на личностном и межличностных уровнях. В данных условиях, не имеющих аналогов в опыте человечества, мобилизация психотерапевтических сил необходима – в западных странах с момента начала такого кризиса количество клиентов у психотерапевтов и психологов увеличилось примерно на 40%, в России – на 10%.

В такой сложный период наиболее востребованной представляется концепция логотерапии (терапии смыслом) Виктора Франкла, переоткрывшего идею смысла жизни во время заключения в нацистском концлагере. Центром данной терапии является идея о том, что мотивация человека возникает путем стремления к смыслу. Факт наличия в человеческой жизни смысла – уже и есть тот самый непосредственный психотерапевтический эффект. Напротив, потеря человеком смысла, ощущение бессмысленности приводит к депрессивному настрою, чувству отчаянья, психоэмоциональному напряжению, экзистенциальным неврозам, переживаниям подавленности, фрустрации и беспомощности.

В. Франкл выделял «универсальные» (общечеловеческие) смыслы, пути обретения смыслов «уникальных» (для отдельного человека) -ценности. Есть три пути обретения смысла: ценности творчества (то, что человек отдаёт миру), ценности переживания (то, что человек получает от мира) и ценности отношения (собственная позиция по отношению к судьбе, которую человек изменить не может). Особое внимание стоит обратить на последнюю категорию ценностей: «то, как человек несет свой крест, то терпение и достоинство, которое он проявляет, когда обречен и приговорен становится мерой того, насколько он состоялся как человек. Для многих понимание значения этой истины приходит во время болезни, тяжёлых состояний. И пусть возможностей для реализации других ценностей и других смысла остается совсем немного, ценности отношений неизменно остаются с человеком до последнего момента» – отмечает В. Франкл.

Конкретные методы логотерапии включают в себя дерефлексию, парадоксальную интенцию, персональное осмысление жизни и «Сократовский диалог». Первые два метода соответственно направлены на избавление от лишнего самоконтроля и напряжения человека; мотивацией психотерапевтом

клиента на то, что он более всего старается избежать, прорабатывая страхи и возвышаясь над внешними обстоятельствами. Персональное осмысление жизни направлено на помощь психотерапевта в поиске того самого уникального смысла, который стоит в основе психоэмоционального благополучия человека. Сократовский диалог представляет собой своего рода интеллектуальный поединок между психологом и клиентом, в ходе которого корректируются непоследовательные, противоречивые и бездоказательные суждения клиента, препятствующие его психоэмоциональному здоровью.

Понимание смысла происходящего, «осознание» по Франклу, это единственный способ для человека пережить такое психоэмоциональное перенапряжение, которое естественно и нормально в современных реалиях. Аномальная реакция на аномальные обстоятельства – это нормально. Логотерапия выступает как скорая помощь, помогающая найти человеку смысл момента и сделать его более глубоким, личным и необходимым.

Алексо Е.Н., Демидик С.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

ВОСПИТАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ УЗКОПРОФИЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Развитие личности студентов в процессе их профессиональной подготовки в вузе является одной из базовых проблем педагогики высшей школы. Высшее образование подразумевает не только подготовку специалиста, но также формирование личности с широкой эрудицией, гармонично развитой как физически, так и в идейно-морально-нравственном аспекте, со сформированным мировоззрением, способностью грамотно оценивать, анализировать, делать выводы, принимать решения, соответствующие как актуальной ситуации, так и на перспективу. Врачебная деятельность связана с социогуманитарными науками на всех ее этапах – от обучения до завершения профессиональной карьеры и включает в числе прочих вопросы формирования личности врача-гуманиста, обеспечивающего здоровьесберегающее поведение по отношению к себе и своим пациентам, коллегам и окружению. Формирование у студентов-медиков установки на здоровый образ жизни, негативное отношение к разного рода зависимостям (курение, злоупотребление алкоголем, наркомания) является бесспорной задачей воспитательной работы в медицинском университете.

Фтизиопульмонология – наука, изучающая туберкулез и различные болезни легких. Кафедра располагается на базе противотуберкулезного стационара. Значимыми факторами риска, предрасполагающими к развитию туберкулеза, являются курение и злоупотребление алкоголем, пребывание в заключении. Фтизиатрия – относительно небольшой по объему предмет, в сравнении с терапией и хирургией. Знание фтизиатрии, изучающей туберкулез во всем многообразии его проявлений, необходимо врачам практически всех специальностей. Работа по имплементации здорового образа жизни, здоровых привычек, негативного восприятия курения, алкоголя должна проводиться ежедневно, грамотно, но ненавязчиво. Необходим определенный энтузиазм со стороны преподавателя, его заинтересованность не только в обучении студентов научной дисциплине, но и в их воспитании. На практических занятиях преподаватели стремятся воспитать негативное отношение к пьянству, курению. На первом занятии цикла мы объясняем студентам актуальность и сложность проблемы туберкулеза для общества. В течение всего цикла особое внимание уделяется социальным аспектам болезни. Студенты анализируют истории болезни пациентов, демонстрирующие роль отягощающих факторов (алкоголизм, наркомания, пребывание в заключении, асоциальное поведение больных) в развитии туберкулеза и их влияние на результаты лечения, что является важным воспитательным элементом в процессе обучения. В процессе разбора историй болезни преподаватели акцентируют внимание студентов на «социальном портрете» туберкулезного больного, анализируют его вредные привычки. Такие «живые истории» всегда вызывают интерес у студентов. Они видят не выдуманный персонаж, а реально существующего тяжелобольного человека, который, как говорится, сам себя довел до болезни. Они видят, к чему приводит человека курение, алкоголь, пребывание в местах лишения свобо-

ды. Подобные печальные реалии лучше любых слов убеждают молодежь в необходимости выбора в пользу здорового образа жизни. Нередки случаи, когда после цикла практических занятий студенты принимают решение о прекращении курения. В процессе обсуждения проблемы здоровьесберегающего поведения студенты предлагали снять документальный фильм о туберкулезных пациентах и продемонстрировать его в молодежной среде, что можно считать подтверждением вовлеченности молодых людей в проблему и желания найти пути решения. Таким образом, изучение фтизиопульмонологии создает предпосылки для формирования здоровьесберегающего поведения у студентов-медиков.

Алешин Е.В., Мороховец С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПЕРСПЕКТИВА КОРРЕКЦИИ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

В данной работе рассматриваются вопросы стрессоустойчивости студенческой молодежи в условиях длительного военного конфликта. Стресс – не специфическое состояние организма, которое характеризуется эмоциональным и физическим напряжением, состояние стресса возникает под воздействием различных неблагоприятных факторов (экзогенного и эндогенного характера). Военные действия в Донецкой народной республике проходят более 8 лет, что обуславливает у населения наличие хронических психолого-социальных факторов стресса. Научно доказано: стресс – пусковой механизм обострения хронических и манифестации скрытых патологий. Он нарушает гомеостатический баланс организма – систему его саморегуляции, что проявляется изменением температуры тела, усвоением глюкозы в крови, артериального давления и т.д. Известно, что симптомами психолого-социального стресса являются: слабость; утомляемость; повышение весовых показателей (ожирение); неврологические жалобы; вегетативная дисфункция; эндокринные нарушения; нарушение биоритма; иммунной системы; нарушение обмена веществ; развитие сахарного диабета. Специалистами доказано: стабилизация и повышение стрессоустойчивости и адаптационного резерва организма во многом зависит от правильного, оптимального и сбалансированного питания, которое является неотъемлемой частью стратегии здоровьесбережения студенческой молодежи. В исследовании использовали комплекс методов: теоретические методы (анализ научной и методической литературы, сравнительный анализ); эмпирические методы (наблюдение, анкетирование, опрос, качество – количественный анализ экспериментальных данных исследования).

Исследование проводилось со студентами 1-3 курса ГОО ВПУ ДонНМУ им. М. Горького. Изучали особенности: организации и рациона питания; соблюдение принципов здорового образа жизни (ЗОЖ) в период военного конфликта, локдауна при очном и дистанционном обучении. Опрошено более 300 студентов (возраст – 17-22 лет). Результаты анкетирования показали, что негативные факторы, влияющие на снижение стрессоустойчивости и показатели соматического здоровья студентов-медиков, за период изучаемый возросли не одинаково, а именно: снижение объема двигательной активности (в связи с дистанционным обучением) – на 42%; увеличение употребления в пищу мучных и кондитерских изделий – на 22%; злоупотребление кофеином – на 28%; использование в рационе консервантов – на 21%; употребление алкогольных и слабоалкогольных напитков – на 15%; табакокурение – на 8%. Из анализа амбулаторных карт участников эксперимента, мы выяснили, что перечисленные факторы привели к обострению хронических соматических заболеваний сердечно-сосудистой, нервной и пищеварительной систем, а так же патологиям опорно – двигательного аппарата.

В связи с этим, для повышения и последующей стабилизации стрессоустойчивости организма студентов средствами питания, предложили рекомендовать системное введение в состав их пищевого рациона (с соблюдением возрастных норм потребления) следующих компонентов: 1) Омега – 3 (жирных кислот) и морепродуктов (для снижения уровня серотонина); 2) черный шоколад (для повышения уровня тринтофана); 3) цитрусовые богатые глюкозой (для снижения ломкости кровеносных сосудов, повышения устойчивости к ОРВИ); 4) зеленый чай с мятой (богатый картизоном); зерновые и бобовые (богатые магнием); витаминные и поливитаминные комплексы (месячными курсами). Что нашло отражение в индивидуальной карте питания студента.

Таким образом, учет и негативная динамика негативных экзогенных факторов военного конфликта в нашем регионе, позволили обосновать стратегию адресной коррекции рациона питания студентов – медиков для повышения и дальнейшей стабилизации стрессоустойчивости их организма, улучшения показателей соматического здоровья.

Алиев А.Ю.

Министерство транспорта Донецкой Народной Республики, г. Донецк

ПАНДЕМИЯ COVID-19 В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДВИЖЕНИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Введение. Пандемия COVID-19 повлияла на функционирование всех секторов общества, ограничила передвижение людей общественным транспортом, предъявила определенные требования к уровню профилактики соматических и инфекционных заболеваний, что не могло не сказаться на качестве организации проведения обязательных медицинских осмотров работников железнодорожного транспорта, работа которых связана с движением поездов, обеспечением безопасности движения.

Цель работы: оценить результативность проводимых учреждениями здравоохранения Донецкой Народной Республики (далее – учреждения здравоохранения) обязательных медицинских осмотров работников железнодорожного транспорта, занятых на работах, связанных с движением поездов, обеспечением безопасности движения в условиях ограничительных мероприятий, вызванных пандемией COVID-19.

Материалы и методы: ретроспективный анализ результатов обязательных медицинских осмотров работников железнодорожного транспорта, занятых на работах, связанных с движением поездов, обеспечением безопасности движения Государственного унитарного предприятия Донецкой Народной Республики «Донецкая железная дорога» (далее – ГУП ДНР «ДЖД») за период 2019-2021 годы по отчетным данным учреждений здравоохранения.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования установлено, что в 2021 г. обязательным медицинским осмотрам подлежало 7437 работника ГУП ДНР «ДЖД», занятых на работах, связанных с движением поездов, обеспечением безопасности движения (2020 г. – 8169 чел., 2019 г. – 11073 чел.). Осмотрено 6626 чел. или 89,1% (2020 г. – 7099 чел. или 86,9%; 2019 г. – 8969 чел. или 80,9%), в т.ч.: при проведении предварительных медицинских осмотров – 259 чел. или 3,9% (2020 г. – 358 чел. или 5%, 2019 г. – 585 или 6,5%); периодических – 6364 чел. или 96,1% (2020 г. – 6729 чел. или 94,8%, 2019 г. – 8350 чел. или 93,1%); внеочередных – 3 чел. (2020 г. – 12 чел., 2019 г. – 20 чел.). Из общего числа осмотренных 59,6% составляют работники, работа которых непосредственно связана с движением поездов, обеспечением безопасности движения, в т.ч. машинисты и помощники машинистов – 6,6%; одновременно испытывают влияние вредных и опасных факторов производственной среды и трудового процесса 53,9% работника; выполняют работы, сопровождающиеся физической перегрузкой и перенапряжением отдельных органов и систем – 29,6% работника.

По результатам медицинских осмотров признано не пригодными к работе 12 чел. (2020 г. – 15 чел., 2019 г. – 28 чел.), в т.ч.: по причине заболевания внутренних органов – 9 чел. (2020 г. – 6 чел., 2019 г. – 17 чел.); нервных и психических болезней – 2 чел. (2020 г. – 4 чел., 2019 г. – 5); болезней уха, горла и носа – 1 чел. (2020 г. – 1, 2019 г. – 1 чел.); заболеваний костно-мышечной системы – 1 чел. (2020 г. – 2 чел., 2019 г. – 3 чел.).

Заключение. Учреждения здравоохранения смогли не только адаптироваться к работе в условиях ограничительных мероприятий, вызванных пандемией COVID-19, но и на втором году пандемии (2021 г.) организовать проведение обязательных медицинских осмотров работников ГУП ДНР «ДЖД», работа которых связана с движением поездов, обслуживанием железнодорожной инфраструктуры без снижения их качества.

Процент охваченных обязательными медицинскими осмотрами таких работников в 2021 г. составил 96,1% против 93,1% в 2019 г., что позволило обеспечить медицинскую составляющую безопасности движения железнодорожного транспорта Донецкой Народной Республики.

Алиев Г.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Актуальность: Артериальная гипертензия является одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире и основной, потенциально обратимой, причиной сердечно-сосудистых заболеваний. Риск артериальной гипертензии и гипертензивного поражения органов-мишеней возрастает при воздействии метаболических факторов риска, определяемых нарушением состава тела и висцеральным ожирением.

Цель: определить наиболее точные и достоверные методы диагностики первичной артериальной гипертензии и метаболического синдрома, в частности, для ранней коррекции нарушений и предотвращения развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы: в работе проанализированы научные работы, труды и монографии.

У детей и подростков с ожирением наблюдаются измененный состав тела, признаки активации иммунной системы, ускоренное биологическое созревание и метаболические нарушения, характерные для метаболического синдрома. Более детальный анализ показывает, что при ожирении гемодинамические изменения, артериальная гипертензия и риск сердечно-сосудистых заболеваний зависят от распределения жировой массы и вышеописанных метаболических нарушений, характерных для метаболического синдрома. В зависимости от этиологии артериальная гипертензия может быть первичной (эссенциальной) или вторичной (симптоматической). Первичная или эссенциальная гипертензия – самостоятельное заболевание, при котором основным клиническим симптомом является повышенное САД и/или ДАД. Детям с установленной АГ необходимо рутинное определение веса, роста, классификация их по перцентильям с дальнейшим определением перцентильного коридора АД. Также необходимо проведение суточного измерения артериального давления. Вспомогательными методами исследования таких пациентов являются ЭХОКГ, ЭКГ, осмотр глазного дна, УЗИ органов брюшной полости и надпочечников. В связи с назревшей необходимостью определения принципов диагностики, лечения и профилактики АГ у детей (1-12 лет) и подростков (13-18 лет) в 2003г были созданы первые Рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов и Ассоциации детских кардиологов России, в которых описан точный алгоритм и правила измерения артериального давления и шкала оценки результатов.

Вывод: первичная гипертензия и связанная с ожирением артериальная гипертензия имеют схожий промежуточный фенотип с метаболическими нарушениями, типичными для метаболического синдрома, и представляют собой сложное нейроиммуно-метаболическое заболевание. Качественная диагностика и своевременная постановка диагноза способствуют раннему началу лечения патологии и предотвращению развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Аль Давуд Амджад

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Увеличение продолжительности жизни населения обуславливает рост заболеваемости раком прямой кишки. В частности, у больных старше 75 лет, кривая заболеваемости достигает 70% по сравнению с другими возрастными категориями. Более 50% в данной группе больных не подвергается какому-либо лечению, в остальных случаях онкологи пытаются минимизировать вмешательства. В случаях оперативного лечения приоритет отдан не функциональным способам операций.

Цель исследования. Улучшить непосредственные, отдаленные, функциональные результаты первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций прямой кишки по поводу рака у больных старческого возраста.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 302 больных раком прямой кишки (I-III стадий) старше 75 с поражением различных отделов прямой кишки: н/а -64, с/а -94, в/а – 85, р/с -59 случаев. Материал набран с 1990 по 2015гг. Используются разработанные в клинике тактика предоперационного и послеоперационного ведения больных и анестезиологическое пособия, разработанные способы хирургического лечения. Сопутствующая патология различной степени выраженности отмечена у 100% пациентов. Осложненное течение отмечено у 74(24,5%) больных, наиболее частой явились частичная и полная кишечная непроходимость – 51(16,9%) наблюдений.

Результаты. Первично-восстановительные операции выполнены в 293(97,0%) случаях, в остальных -9(3,0%) – операция типа Гартмана (8 случаев), в 1 случае брюшно-промежностная экстирпация. Комбинированные операции выполнены в 26(8,6%), расширенные в 25(8,3%) наблюдениях. После первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих операций послеоперационные осложнения отмечены в 42((14,3%) наблюдениях, наиболее частым явился некроз низведенной кишки 12(4,1%). Послеоперационная летальность составила 15(5,1%). 5-летняя выживаемость составила 48,7% ±6,3%.

Заключение. Тактика хирургического лечения больных раком прямой кишки старческого возраста с преимущественным выполнением первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций оправдана полученными непосредственными и отдаленными результатами.

Альмешкина А.А., Ряполова Т.Л., Абрамов В.А., Токарева О.Г., Мельниченко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АДАПТАЦИОННЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ РЕСУРС ПЕРВОКУРСНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРЕДНЕГО БАЛЛА АТТЕСТАТА

Цель работы. Оценить уровень адаптационного личностного ресурса (АЛР) студентов первого курса медицинского университета в зависимости от среднего балла их аттестата.

Материал и методы. В исследовании приняли участие первокурсники медицинского университета, в возрасте от 16 до 39 лет (медиана возраста исследуемых составила 17 лет (17-18)) в ноябре-декабре 2021 года. В зависимости от среднего балла аттестата были сформированы группы исследования: I группу составили студенты первого курса, у которых средний балл аттестата был равен или выше 4,5 (90%) – 86% (638 чел.), II группа включала первокурсников, средний балл аттестата которых был ниже 4,5 (90%) – 14% (104 чел.). В исследовании использовались социально-психологический (психодиагностический) метод и метод математической обработки результатов. Социально-психологический метод был направлен на исследование АЛР. Мы пришли к выводу, что его можно оценить, учитывая уровни самоконтроля, ассертивности, общей самооффективности, самооффективности в сфере предметной деятельности и в сфере межличностного общения, общий уровень саморегуляции учебной деятельности, выраженность социальной фрустрированности и общий индекс конструктивности стратегий преодолевающего поведения. Математическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистического анализа «MedStat v.5.2». Предварительно проводили проверку распределения на нормальность. Если распределение не отличалось от нормального, для представления значений количественных признаков вычисляли значения среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD), в случае, когда распределение отличалось от нормального, определяли медиану (Me) и значения нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3). При сравнении средних двух независимых выборок, в связи с тем, что распределение отличалось от нормального, применялся критерий Манна-Уитни. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При определении результатов уровня АЛР по всей выборке было установлено, что он составляет – 19 (16-21), что соответствует высокому уровню. Были выявлены статистически значимые различия при исследовании уровня АЛР у испытуемых в зависимости от среднего балла аттестата: I группа – 19 (16-21), II группа – 17,51 ± 2,83 (16,96-18,06); $p < 0,001$. У первокурсников со средним баллом аттестата $\geq 4,5$ (90%) уровень АЛР – высокий, в то время как у студентов с более низким средним баллом аттестата – средний. Соответственно, у студентов первого курса с высоким средним баллом аттестата лучше сформированы индивидуально-личностные адаптационные возможности и ресурсы, обеспечивающие нормальную работоспособность и высокую эффективность деятельности при воздействии широкого диапазона психогенных факторов внешней среды.

Выводы. Первокурсники медицинского университета с высоким средним баллом аттестата легче справляются с возникающими трудностями и устойчивы к экстремальным факторам, что и способствует тому, что данная категория студентов быстрее адаптируется к новым требованиям, предъявляемым университетом. А студенты со средним баллом аттестата $< 4,5$ (90%) сталкиваются со сложностями в обучении и не всегда могут успешно совладать с ними. На сформированность АЛР в какой-то степени оказывает влияние и то, как студенты-медики учились в школе, какие усилия приложили для получения новых знаний, что отражается в аттестате. Поэтому необходимо уже на начальном этапе обучения в медицинском университете оказывать помощь студентам в формировании и реализации АЛР, повышая уровень его компонентов, особенно у первокурсников с более низким средним баллом аттестата. Полученные данные могут быть использованы при разработке персонализированных программ для психокоррекционной работы с первокурсниками.

Аманжолова Г.Е., Бендер Н.Р.

ПФ НАО «Медицинский университет Семей», г. Павлодар, Республика Казахстан

ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА У ЖЕНЩИН

Введение. Алкогольный цирроз печени – это серьезная социальная проблема сегодняшнего дня. Алкоголь стал преобладающим этиологическим фактором в возникновении цирроза печени у жителей. Известно, что женский организм более восприимчив к влиянию алкоголя. Поражение печени у женщин развивается при меньшей суммарной дозе этанола, а срок развития цирроза печени намного короче, чем у мужчин.

Цель: исследовать особенности тяжести течения и развития осложнений алкогольного цирроза печени у женщин Павлодарской области за период с 2020 по 2022г., поступивших в Павлодарскую городскую больницу № 1.

Материалы и методы: проведено исследование 155 историй болезни пациентов с алкогольным циррозом печени. Все пациенты находились на стационарном лечении в Павлодарской городской больнице № 1 в период 2020 – 2022 гг. Больные были разделены на две группы. В первую группу включены 43 (27,7%) женщины, средний возраст – 44,3 года, во вторую группу – 112 (72,2%) мужчин, средний возраст – 52,7 года. Процесс подтверждения диагноза включал изучение анамнестических и клинических данных, общеклинических и биохимических лабораторных анализов, инструментальные методы эндоскопической, ультразвуковой, радиоизотопной и компьютерной диагностики. До поступления в стационар не работали 31 (72,09%) женщин и 89 (79,4%) мужчин. Тяжесть течения алкогольного цирроза печени определялась по аспектам Child-Pugh.

Результаты: каждый четвертый пациент с алкогольным циррозом печени на стационарном лечении – женщина. Средний возраст мужчин превысил возраст женщин (52,7 и 44,3 следовательно). Безработную категорию жителей представили 31 (72,09%) женщин и 89 (79,4%) мужчин. Напряженный, резистентный к мочегонной терапии асцит чаще фиксировался у женщин 13,9%, чем у мужчин 10,7% как и печеночная энцефалопатия III-IV степени 9,3% и 7,1% следовательно. Уровень альбумина в сыворотке крови меньше 28 г/л выявлялся у 9 (20,9%) женщин и у 10 (8,9%) мужчин, протромбиновый индекс ниже сорока процентов тоже был преимущественно в группе женщин 13,9%, чем мужчин 11,6%. Из критериев тяжести цирроза печени только концентрация билирубина в сыворотке крови

больше 51 мкмоль/л у мужчин превзошла женщин. Признаки желудочно-кишечного кровотечения во время нахождения в стационаре зафиксированы у 4 (9,3%) женщин и у 6 (5,3%) мужчин, а развитие спонтанного бактериального перитонита – у 3 (6,9%) женщин и 5 (4,4%) мужчин. За время стационарного лечения умерло 9 (4,8%) пациентов, из них 4 (9,3%) женщин и 5 (4,4%) мужчин.

Заключение: данные настоящего исследования показали что женский алкогольный цирроз характеризуется более тяжелым течением, ранним развитием угрожающих жизни осложнений и более высокой стационарной летальностью.

Анастасов А.Г., Щербинин А.В., Зубрилова Е.Г, Пшеничная Н.Э.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР

ВНУТРИБРЮШНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ/ШОК И ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ТУПОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА, РАЗРЫВОМ СЕЛЕЗЕНКИ

Актуальность. Правильный выбор лечения детей с тупой изолированной травмой селезенки остается одной из актуальных проблем практической медицины и связано это с функциями селезенки как органа в системе гомеостаза. Травма селезенки занимает первое место, всех повреждений органов брюшной полости у детей. Мировое общество неотложных хирургов (World Society of Emergency Surgery: WSES) предложило классификацию повреждений селезенки в соответствии с классификацией AAST и гемодинамическим статусом пациента. Наиболее показательным предиктором выбора метода лечения травмы селезенки является объем гемоперитонеума, который ассоциируется с тяжестью кровопотери и гемодинамическим статусом пациента.

Цель исследования. Определение особенностей клиники внутрибрюшного кровотечения/шока у детей с изолированной травмой, разрывом селезенки, подвергшимся окончательной остановки кровотечения путем спленэктомии

Материалы и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный клинический анализ нарушений гомеостаза у 28 пациентов, возрастом от 6 до 12 лет ($9,5 \pm 0,77$ лет), с массой тела $28,4 \pm 6,5$ кг, находящиеся на лечении с изолированной тупой травмой селезенки в ОРИТ РДКБ с 2016 г. по 2021 г.

Диагностика и хирургическое лечение при изолированной травме селезенки проводилась на основании Клинических рекомендаций «Травма органов брюшной полости у детей (S 36): S 36.0 – Травма селезенки у детей, разработанные Российской ассоциацией детских хирургов, Российским обществом хирургов, МЗ РФ, 2019 г. С момента поступления в стационар, у всех больных проводилась количественная оценка боли, используя визуально – аналоговую шкалу (ВАШ).

Основная группа пациентов получала антибактериальную терапию в возрастных дозировках, инфузионная терапия была болюсной и поддерживающей, использовали 0,9% раствор NaCl + раствор Рингера 40мл/кг. У больных с низкими показателями Hb, Ht, эр. – заместительная терапия эритроцитарной массой, на основании протокола жизнеобеспечения Комитета травмы Американской коллегии хирургов (ATLS).

Результаты и их обсуждение. Средняя длительность хирургического вмешательства (спленэктомия) у пациентов составила – $112,0 \pm 21,8$ (мин). В предоперационном периоде, у всех больных с повреждением паренхимы селезенки, абдоминальный болевой синдром оценен $4,5 \pm 1,1$ баллов. У пациентов наблюдалась нормотермия, t тела – $37,14 \pm 0,12$ (°C). Оценка по шкале Глазго составила $11,3 \pm 1,2$ баллов. ЧД у пациентов составляла $29,5 \pm 1,12$ (дыханий в мин). Сердечная деятельность была ритмичная ЧСС $90,23 \pm 4,23$ (уд. в мин). Проба наполнения капилляров – $1,5 \pm 0,13$ (сек), АД сист. – $85,35 \pm 3,04$ (мм рт.ст.), SpO₂ – $91,2 \pm 1,1$ (%). Скорость диуреза $1,0 \pm 0,2$ (мл/кг/час).

В первые 6 часов с момента госпитализации в ОРИТ, у детей выраженность кровопотери и шока соответствовала I классу (снижение ОЦК <15%) по шкале ATLS при повреждении селезенки 2-3 сте-

пени. Основными диагностическими значимыми показателями были АД сист. и объем гемоперитонеума по данным УЗИ – $332,5 \pm 8,90$ (мл) при нормальном значении индекса шока – $1,06 \pm 0,4$.

На 3 сутки стационарного лечения у больных была положительная динамика, связанная с отсутствием выраженного болевого абдоминального синдрома, увеличением Нб, Нт, эритроцитов в связи с проведенной окончательной остановкой паренхиматозного кровотечения.

Выводы. Выраженность синдрома кровотечения/шока у детей с изолированной тупой травмой с разрывом селезенки определяется классом повреждения селезенки по AAST, а также объемом гемоперитонеума по данным УЗИ. Основным диагностическим критерием органной дисфункции у детей с изолированной травмой живота и разрывом селезенки выступала степень расстройств периферического кровообращения и болевой абдоминальный синдром.

Андреев В.Н., Гинькут В.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ФАРИНГИТОВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Актуальность. Хронический фарингит – наиболее часто встречающееся заболевание глотки, которое развивается у пациентов в пожилом возрасте. Этому, прежде всего, способствуют инволютивные изменения слизистой оболочки. Она становится тонкой, сухой и атрофичной. Истончённая слизистая оболочка глотки легко травмируется и поэтому поддаётся различным воздействиям как экзогенного, так и эндогенного характера (Lai K. et al., 2022). Современная фармакотерапия хронического фарингита должна учитывать бактериальную составляющую воспаления (Nishi K. et al., 2022). Следует учитывать, что микробиологический профиль хронических фарингитов в последнее время часто представлен внутриклеточными патогенными микроорганизмами – микоплазмами, уреоплазмами и хламидиями (Гуров А.В. и соавт., 2022).

Целью исследования явилось изучение эффективности антибактериальной терапии при комплексном лечении хронических фарингитов у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 больных хроническим субатрофическим фарингитом в возрасте от 66 до 79 лет. Мужчин было 25 (62,5%), женщин – 15 (37,5%). Длительность заболевания составляла в среднем семь лет.

Больным производилось бактериологическое исследование мазков из глотки для выявления возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. Пациентам была рекомендована щадящая диета и проводилась коррекция работы желудочно-кишечного тракта. Местная терапия заключалась в назначении препаратов, обладающих болеутоляющим, противовоспалительным и увлажняющим действием. С этой целью больным рекомендовали орошение глотки экстрактами цветков ромашки и календулы, а также растворы морской воды (Аква Марис) для удаления с поверхности слизистой оболочки глотки густой слизи и корок. Кроме того, больным рекомендовали полоскания и орошения глотки щелочными растворами, масляные и щелочные ингаляции, смазывания слизистой оболочки раствором Люголя в глицерине и 2%-ным протарголом.

В качестве антимикробного средства все пациенты получали перорально кларитромицин в дозировке 500 мг один раз в сутки в течение 7 дней.

Для нормализации микрофлоры кишечника больным рекомендовали приём препарата Хилак форте по 40 капель 3 раза в сутки.

Эффективность лечения оценивали по снижению дискомфорта в горле, уменьшению кашля, улучшению фарингоскопической картины, а также клинико-лабораторных показателей.

Результаты и их обсуждение. При бактериологическом исследовании у 35% пациентов был высеян *Streptococcus pyogenes*, у 25% – *Staphylococcus aureus*, у 20% – грамотрицательные бактерии. *Chlamydia trachomatis* была выявлена у 5% пациентов. У остальных больных – микробные ассоциации.

Уже через 3 дня лечения больные отмечали снижение дискомфорта в горле. Быстро исчезали ощущение першения и саднения в горле, болезненность при глотании, а также скопление в глотке густой слизи и корок. Значительное клиническое улучшение после проведенного лечения было констатировано у 26 больных (65%). Уменьшение тягостных симптомов отметили ещё 5 пациентов. Незначительное улучшение почувствовали 2 больных. Отсутствие обострений болезни в течение года после лечения наблюдалось у 36 (90%) больных. Патогены при бактериологическом контроле отсутствовали у 70% обследованных. У двух пациентов не удалось достичь улучшения – им было рекомендовано санаторно-курортное лечение.

Вывод: в комплексном лечении хронических фарингитов в пожилом возрасте для достижения быстрого положительного эффекта оправдано назначение макролидов.

Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А., Мельник В.А., Мельник К.В., Агаркова Л.Д., Пекач А.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Макеевский городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Макеевка
Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЧЕСОТКИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. МАКЕЕВКИ

Актуальность. Акародерматит или чесотка – это воспалительный дерматоз, возникающий вследствие реализации жизненного цикла клеща *Sarcoptes scabiei*. Часто присоединяется вторичная инфекция, как следствие активного расчесывания мест укусов клеща с дальнейшим развитием лимфаденита. В структуре арахноэнтормозов в Донецкой Народной Республике (ДНР) чесотка ежегодно занимает второе место с показателем до 30-40%.

Цель исследования. Выявить основные тенденции распространения чесотки среди населения г. Макеевки.

Материалы и методы. Проведен анализ материалов официальной регистрации заболеваемости чесоткой в г. Макеевке, согласно отчетных материалов Республиканского и Макеевского городского центра Республиканского центра санитарно – эпидемиологического надзора Государственной санитарно – эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

Результаты. В г. Макеевке за 2021 г. зарегистрировано 157 случаев заболевания чесоткой, из них 108 заболевших – взрослые и пожилые люди, а 51 – дети. Общая заболеваемость снизилась на 35,0% по сравнению с 2020 годом, в том числе среди детей – на 26,7%, а взрослого населения – на 34,2%. Групповых случаев в организованных детских коллективах не выявлено. Всем заболевшим была своевременно оказана медицинская помощь, в 90,5% (145 людям) – в амбулаторных условиях, 129 заболевших (81,0%) были выявлены пассивно, при самостоятельном обращении за медицинской помощью с выраженной клиникой. Это говорит о низком качестве медицинских осмотров в коллективах и требует особо пристального контроля со стороны органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

В то же время, за 6 месяцев 2022 г. в ДНР 2022 г. чесотка продолжает занимать второе место (36,1%) в структуре арахноэнтормозов. Всего за указанный период было зарегистрировано 156 случаев заболевания. Продолжается снижение показателя заболеваемости в сравнении с аналогичным периодом 2021 г. предыдущего года на 33,3% (за 6 месяцев 2022 г. – 5,43 на 100 тыс. населения, за 6 месяцев 2021 г. – 8,15 на 100 тыс. населения).

В 2022 г. в ДНР регистрируются преимущественно взрослые заболевшие чесоткой (66,6%), из которых 71,1% – это неработающее население. Активное выявление случаев чесотки среди населения по ДНР составило 35,2%, в то время, как в гг. Донецк, Горловка, Торез, Шахтерск активное выявление больных чесоткой не превышает 12,2 – 33,3%. В г. Енакиево, Старобешевском и Ясиноватском районах активное выявление чесотки не проводится. Это свидетельствует о низком качестве осмотра

населения на чесотку как в организованных коллективах, так и на всех этапах оказания медицинской помощи.

Несмотря на снижение общего уровня заболеваемости на территории ДНР в гг. Горловка, Снежное, Шахтерск и в Старобешевском районе прослеживается рост заболеваемости чесоткой. Превышение среднереспубликанского показателя регистрируются в гг. Горловка, Дебальцево и Амвросиевском районе на 31,5 – 46,3%, в гг. Снежное и Макеевка – в 1,7-2,3 раза.

Выводы. Ситуация с заболеваемостью чесоткой населения г. Макеевки в 2021 г. имеет стабильную положительную тенденцию к снижению. В то же время, в первую половину 2022 г. из-за недостаточных осмотров населения на чесотку в регионе наблюдается рост в 1,7 раза заболеваемости чесоткой преимущественно взрослого населения. Это может быть связано также с высокой миграцией населения и ухудшением условий жизни из-за проводимых в регионе военных действий. Необходимо усилить проведение противоклещевых дезинсекционных мероприятий, направленных на максимальный разрыв их контакта с человеком, соблюдение правил личной гигиены, а также гигиеническое обучение и воспитание населения в комплексе с тщательным надзором за проведением медицинских осмотров.

Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А., Мельник В.А., Тостюк В.И., Епифанова А.В., Ядыкин Б.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Макеевский городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Макеевка

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ЭНТЕРОБИОЗОМ У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ Г. МАКЕЕВКИ

Актуальность. Энтеробиоз – это антропонозный контагиозный гельминтоз, характеризующийся сильнейшим зудом вокруг анального отверстия, в комплексе с кишечными и диспепсическими расстройствами. Источником инвазии выступает больной человек, основные пути передачи – контактно-бытовой и фекально-оральный, гораздо реже возможен воздушно-пылевой путь передачи. Чаще всего болеют дети. Они заражаются при расчесывании перианальной области вследствие несоблюдения правил личной гигиены, что ведет к дальнейшему самозаражению.

Энтеробиоз продолжает оставаться доминирующей инвазией в структуре паразитарной заболеваемости (65,8%) в Донецкой Народной Республике (ДНР). Показатель заболеваемости за истекший период составил 128,8 на 100 тыс. населения, что ниже показателя аналогичного периода прошлого года на 11,0%. Превышение средне-республиканского показателя заболеваемости энтеробиозом зарегистрировано на 7 административных территориях республики: гг. Дебальцево, Снежное, Торез, Харцызск, Шахтерск, Тельмановский и Старобешевский районы. Удельный вес детей до 17 лет составил 97,1%. Среди организованных детей наиболее поражены энтеробиозом дети спец. школ и интернатов (показ. на 100 тыс. – 4141,1). При этом, заболеваемость энтеробиозом детей в этих учреждениях в г. Харцызске, и Старобешевском районе, где она выше средне-республиканского показателя в 2 – 3 раза.

Цель исследования. Провести анализ состояния заболеваемости энтеробиозом населения города Макеевки и дать рекомендации по его устранению.

Материалы и методы. Проведен эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости энтеробиозом в г. Макеевке, согласно статистических материалов Макеевского городского центра Республиканского центра санитарно – эпидемиологического надзора Государственной санитарно – эпидемиологической службы Министерства здравоохранения ДНР.

Результаты. Общая заболеваемость энтеробиозом в 2021 году в г. Донецке по сравнению с предыдущим годом снижена на 18,1% и имеет продолжающуюся тенденцию к снижению на протяжении последних 11 лет. В структуре заболевших энтеробиозом 98,0% составляют лица до 17 лет. Уровень заболеваемости данной инфекцией в организованных детских коллективах по г. Макеевке в 2021 году снизилась на 23,6%, а в неорганизованных – выросла на 11,7%. Это связано с увеличением коли-

чества неорганизованных детей за счет учащихся школ, находящихся на дистанционном обучении. Фактор передачи энтеробиоза в муниципальных детских образовательных учреждениях установлен в 31,2% случаев. В г. Макеевке за 2021 год выявлено 27 семейных очагов энтеробиоза.

Выводы. Ситуация по заболеваемости населения г. Макеевки энтеробиозом является стабильной, с длительной динамикой снижения пораженности населения данной патологией. Для профилактики энтеробиоза крайне важен тщательный контроль со стороны органов санитарно-эпидемиологического надзора за пищевыми предприятиями, объектами детского дошкольного и школьного образования. Специалистам в процессе санитарно-эпидемиологического надзора учитывать качество организации обследования контактных лиц по случаям выявления энтеробиоза у детей в очагах.

Анищенко А.А., Башеев А.В., Рязанцев А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканский онкологический центр им. профессора Г.В. Бондаря, г. Донецк

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Актуальность. Рак полового члена (РПЧ) – злокачественная опухоль полового члена, встречается довольно редко, заболеваемость данной патологией составляет менее 1,0 на 100 000 мужчин в РФ. В связи с низкой частотой РПЧ и отсутствием рандомизированных исследований в данной области до сих пор не определен оптимальный вид лечения.

Цель исследования: оценить результаты лечения методики эндолимфатической химиотерапии (ЭЛХТ) в качестве комбинированного лечения местно-распространенного плоскоклеточного рака полового члена.

Материалы и методы. В данном исследовании проведен анализ результатов лечения 12 больных с местно-распространенным РПЧ, находившихся на лечении в РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря с 2010 по 2018гг. . Возраст пациентов колебался от 29 до 68 лет. В представленной работе применялась разработанная в РОЦ методика эндолимфатической химиотерапии (ЭЛХТ) в режиме непрерывной длительной инфузии по схеме PF в адьювантном или неоадьювантном режиме. Всем пациентам выполнялось оперативное лечение в объеме: резекция полового члена или пенэктомия с пахово-бедренной лимфаденэктомией. Определяли стадию и повторную стадию опухоли с помощью компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости и таза. Стадирование опухолей полового члена осуществляется в соответствии с классификацией TNM AJCC/UICC 8-го пересмотра (2016 г.). Распределение больных по стадиям: стадия II(T1 -2N1M0) – 4(33,3%), стадия III(T1-3N2M0) – 6 (50,0%), стадия IV(T4N3M0) – 2 (16,7%).

Результаты и обсуждение. Медиана продолжительности наблюдения составила 23,6 месяца (диапазон от 5 до 50 месяцев). Среднее время общей выживаемости составило 24 месяца, а медиана времени без прогрессии заболевания составила 20 месяцев. Один пациент с III стадией РПЧ и частичным ответом (согласно критериям оценки ответа при солидных опухолях, RECIST) умер от причин, не связанных с опухолью, через 37 месяцев после химиотерапии. Два пациента на II и на III стадиях заболевания с полным ответом прожили 43 и 50 месяцев (медиана 46,5 месяцев), были здоровы на момент последнего контрольного визита. У 7 пациентов на III стадии РПЧ с частичным ответом развилось прогрессирование заболевания, и они умерли между 14 и 29 месяцев (медиана 22,1 месяца) после химиотерапии. 2 пациента на IV стадии заболевания умерли на 10 и 15 месяцев соответственно (медиана 12,5 месяца).

Токсичность, наблюдаемая у пациентов, была ожидаемой. Большинство тяжелыми нежелательными явлениями были миелосупрессия (n = 2, 16,7%) и нарушение функции почек (n = 1, 8,3%). Наблюдалась лейкоцитопения у 2 больных (16,7%), анемия диагностирована у 1 больного (8,3%). Тромбоцитопения 3/4 степени развилась у 1 больного (8,3%). Нарушение функции пищеварительной системы имело место у 2 больных (16,7%) через 2-3 дня после лечения, и это продолжалось в течение

3-4 дней. Все субъективно непереносимость и клинические осложнения были преходящими и умеренными в тяжести.

Выводы. Предварительные результаты показали, что эндолимфатическая химиотерапия может использоваться в качестве комбинированного лечения местно-распространенного плоскоклеточного рака полового члена. Первичный анализ выживаемости и частотой ответа опухоли с низкой токсичностью показали эффективность данной стратегии. Однако, оптимальные агенты, циклы и отдаленные результаты лечения должны быть дополнительно определены в дальнейших исследованиях.

Антипов М.С.

Балашихинская областная больница, Московская область, Россия

МОТИВАЦИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ КАК ИНСТРУМЕНТ УКРЕПЛЕНИЯ ИХ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА

На первом заседании межведомственного совета МЗ РФ в 2020 году, посвященном общественному здоровью, отмечено, что ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью», особенно среди молодежи чрезвычайно важный аспект деятельности не только медицинских, но также образовательных и общественных организаций. Необходимость в этом важна с учетом перспектив, так как репродуктивный потенциал государства формируется в первую очередь из численности и состояния соматического здоровья подростков и людей раннего репродуктивного возраста.

Целью исследования явилось изучение состояния заболеваемости подростков крупного промышленного центра Московской области в постковидный период.

Материалы и методы. Проанализирована заболеваемость подростков 15-17 лет в период пандемии новой коронавирусной инфекции SARS COVID 19, полученной на основании отчетности по форме 12, утвержденной МЗ РФ. Статистическая обработка результатов исследований проведена с помощью программы Microsoft Office Excel 2010. Рассчитывались относительные и динамические показатели, отражающие частоту и удельный вес отдельных нозологических единиц в общей заболеваемости.

Полученные результаты. За 3 года пандемии демографическая ситуация в городе имела положительную тенденцию (+1,4%) несмотря на то, что рождаемость снизилась (-1,0%), а смертность увеличилась (+0,2%), что обусловлено миграционным процессом.

Число подростков за 3 года увеличилось на 2000 человек. Общая заболеваемость подростков снизилась, что можно объяснить дистанционной формой обучения в школах. Тем не менее, несмотря на относительную изоляцию, в структуре заболеваемости подростков с большим отрывом преобладали болезни органов дыхания 887(26)%. Безусловно, они оказывают существенное влияние на показатели здоровья, однако быстро преходящи. Вызывает беспокойство другое явление – высокая заболеваемость болезнями эндокринной (110+7,4%), нервной системы (83+3%) и органов пищеварения (78+3,5%). Эндокринные нарушения, особенно у девочек-подростков, которые проявляются не только в «функциональных» расстройствах менструального цикла чаще всего в виде олигоменореи, но и в более глубоких нарушениях метаболических процессов, симптомами которых является ожирение и диабет (3,6%). «Конкурируют» с ними заболевания нервной системы и патология мочеполовой системы (2,87% и 2,58% соответственно). Эта патология прямо или косвенно влияет на репродуктивный потенциал подростковой когорты, в связи с чем, важной задачей амбулаторного звена здравоохранения является лечебно-профилактические мероприятия, направленные на устранение выявленной преобладающей патологии.

Заключение. Популяционные данные о состоянии здоровья подростков крупного промышленного центра в период пандемии позволяет предположить оптимистический прогноз в отношении репродуктивного потенциала подрастающего поколения. Тем не менее, устойчивые показатели заболеваемости эндокринно-обменной патологией среди подростков вынуждают усилить профилактические меры и повысить интерес данной когорты населения к здоровому образу жизни.

Антонюк О.С., Украинский В.В., Голубицкий К.О., Романова К.В., Баиров И.И.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕТОД ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Цель исследования: разработка метода периоперационной медикаментозной терапии острого панкреатита – осложнения эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Актуальность: На сегодняшний день, значительный прогресс в диагностике и лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом или другой патологией, обусловлен появлением и развитием метода эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Транспапиллярные вмешательства, направленные на восстановление протоковой проходимости и санацию холедоха, позволяют значительно улучшить результаты лечения патологии терминального отдела холедоха. Несмотря на высокую диагностическую информативность и лечебную эффективность метода, он нередко сопровождается серьезными и опасными для жизни больного осложнениями. Постэндоскопический острый панкреатит, острый холангит, кровотечениями, перфорацией протоков и 12-перстной кишки, по данным разных авторов, встречается в 1,8 -11,2% случаев, а летальность после ЭПСТ достигает 0,4-1,6%

Материалы и методы: В основу исследования положены 52 пациента, с ЖКБ: хроническим калькулезным холециститом осложненным холедохолитиазом. Все больные были прооперированы на вторые сутки от момента госпитализации. Больным была проведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией и последующей лапароскопической холецистэктомией с дренированием холедоха. Пациенты разделены на две группы. Первую группу пациентов составили больные, которым при возникновении клиники острого панкреатита проводилась стандартная терапия. Вторая группа – больные, которым проводили профилактику острого панкреатита по методике разработанной в Клинике. Первая группа 25 пациентов, средний возраст 59,7±6,46 лет. Доля мужчин составила – 5, женщин – 20. Вторая группа 27 пациентов, средний возраст – 61,12±5,33 лет. Мужчин – 4 человека, женщин – 23. По половой принадлежности и возрасту статистически значимых различий не было ($p \geq 0,01$). Время от начала заболевания до момента госпитализации: в первой группе – 3,68 суток, во второй – 4,52 суток. При поступлении, оценивались следующие лабораторные показатели: лейкоциты (WBC), диастаза мочи (Д), амилаза крови (А). По уровню лейкоцитов, диастазы мочи и амилазы крови статистически значимых различий в I и II группах не выявлено. Разработанный метод профилактики острого панкреатита после ЭПСТ заключается в введении за 12 часов, 1 час, сразу после оперативного вмешательства, а также в течение 3 суток после ЭПСТ комплекса препаратов: 1) Sol. «Gordox» 10000 Ed. 2) Sol. Omeprazoli 40 mg. 3) Sol. Papaverini 2.04) Sol. Drotaverini 2.05) Sol. Platiphyllini 1.0. 6) Sol. L-lizini 10 ml 7) Sol. Octreotidi 1,0. 8) Sol. Atropini Анализ результатов: В первой группе осложнения наблюдались у 4 (16%) больных у которых наблюдалась выраженная клиника острого панкреатита с амилаземией свыше 500 ед/л и диастазурией свыше 5000 ед/л. Больным проводилась комплексное лечение острого панкреатита, однако у 1 (4%) пациента имело место развитие панкреонекроза, что впоследствии потребовало неоднократного оперативного лечения (лапаротомия, люмботомия, оментобурсостомия, некрсеквестрэктомия, малоинвазивные дренирования жидкостных скоплений), но на фоне развития гнойно-септических осложнений пациент умер. В группе исследования где применялась разработанный метод периоперационной профилактики острого панкреатита значимых послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Вывод: в результате проведенного исследования доказано, что использования разработанного метода периоперационной профилактики острого панкреатита после эндоскопической папиллосфинктеротомии позволяет добиться значимого снижения количества послеоперационных осложнений и летальности.

Антонюк О.С., Чурилов А.В., Романова К.В., Украинский В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

В последние десятилетие наблюдается рост развитие хирургических методик, направленных на решение проблемы пролапса тазовых органов (ПТО). В большей степени ПТО влияет на качество жизни пациенток. Заболевание носит прогрессирующий характер и нередко манифестирует в молодом возрасте. Увеличивается число осложненных и рецидивирующих форм ПТО, частота которых достигает 43%. Существующие виды оперативного лечения ПТО не отвечают всем требованиям, что побуждает к поиску новых методик, изучению причин ранних и поздних осложнений, причин рецидивов и неудовлетворительного хирургического лечения.

Ретроспективно проведен анализ хирургического лечения 243 пациенток с ПТО. Средний возраст составил $58,31 \pm 7,42$ лет. Согласно классификации POP-Q (ICS, 1996 г.) I стадия – 46 пациентов (18,9%), II стадии- 92 пациента (37,8%), III стадия – 67 пациентов (27,7%), IV стадия – 38 пациентов (15,6%).

Лапароскопическая промонтофиксация выполнена – 28 пациентов(11,5%), Prolift Total -92 пациента (37,8%), Prolift posterior – 36 пациентов (14,8%), Prolift anterior – 21 пациент (8,6%). Всего с использованием сетчатых пособий – 72,7%. Пластика местными тканями – 66 пациентов (27,3%). Передняя кольпоррафия – 6 пациентов (2,5% от общего числа пациентов), передняя кольпоррафия в сочетании с перинеолеваторопластикой – 18 пациентов (7,4%), задняя кольпоррафия в сочетании с перинеолеваторопластикой – 19 пациентов (7,8%), Манчестерская операция – 23 пациента (9,5%). При этом у 128 пациенток из 243 выполнена гистерэктомия (52,67%).

При наличии стрессового недержания мочи 116 пациентов (50,4%) выполнено Лапароскопически операция Берче – 22 пациента (18,9%), субуретральная пластика петлей TVT-O – 66 пациентов (56,9%), петлей TVT позадилононо – 28 пациентов (24,2%).

Анализ полученных данных показал, что общее количество осложнений – 38 пациентов (15,6%), из них интраоперационные – 14 пациентов (5,76%), повреждение мочевого пузыря 6 человек (2,5%), повреждение прямой кишки – 3 человека (1,25%), ранение сосудов с кровотечением и гематомой – 5 человек (2,0%). Ранние послеоперационные осложнения – 13 человек (5,3%), стрессовая инконтиненция 2 человека (0,8%), ургентное недержание – 11 человек (4,5%). Поздние послеоперационные осложнения – эрозии влагиалища – 13 пациентов ((5,3%), смещение или сморщивание сетки – 4 пациента (1,6%), диспареуния – 11 пациентов (4,5%), рецидив ПТО – 21 пациент (8,6%). У некоторых пациентов наблюдались несколько осложнений, сморщивание протеза и диспареурия, сморщивание и развитие эрозии влагиалища. У одной пациентки с эрозией влагиалища впоследствии возник рецидив.

Отмечено, что пациенты, у которых возникли осложнения и рецидив ПТО были нарушены хирургические принципы – в частности сетка не устанавливалась под фасцию, в некоторых случаях было чрезмерное иссечение слизистой влагиалища, ненормированное использование коагуляции слизистой, необоснованное иссечение, а затем натяжение тканей при задней и передней кольпоррафии. У больных, с рецидивом ПТО, были III и IV стадии ПТО, у некоторых, субкомпенсированный сахарный диабет, изолированное лечение апикального пролапса без укрепления передней стенки привело к развитию других форм ПТО.

Таким образом, что хирургическая коррекция ПТО не может быть абсолютно стандартизированной. Должен применяться персонализированный подход к каждой пациентке. При различной клинической картине заболевания должны применяться наиболее подходящие хирургические пособия с привлечением смежных специалистов. Необходима дальнейшая разработка хирургической техники имплантации сеток и тщательный анализ результатов оперативного лечения.

Антонюк С.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Представлен анализ хирургического лечения 51 больного с наличием наружных толстокишечных свищей.

Мужчин было 38, женщин – 13. Возраст пациентов колебался от 22 до 72 лет.

Локализация свищей была следующей: слепая кишка – 3 больных, поперечноободочная – 5 больных, левая половина ободочной кишки – 43 пациента.

Причинами развития свищей были: травмы, а также результаты несостоятельности швов после различных операций на толстой кишке.

Цель работы: разработать определенную тактику хирургического лечения свищей толстой кишки в зависимости от особенностей их структуры и состояния окружающей их среды.

Консервативное лечение заключалось в коррекции нарушений гомеостаза, использований кало-приемников, уходом за кожей в зоне свищей и ее санации.

Все оперативные вмешательства выполнялись в плановом порядке в сроки 4-5 месяцев от возникновения свищей.

Виды операций: ушивание свища – 3, ушивание кишки с наличием отключающей колостомы – 11 (это такая конструкция, когда формируется препятствие между приводящей и отводящей петлями, что бы кал не проникал в отводящую петлю, путем сшивания задней стенки кишки между петлями, когда образуется вертикальная перегородка [«шпора»] по высоте на уровне высоты верхней стенки при входящей петле); резекция кишки – 37.

Ушивание свища осуществлялось при наличии его диаметра 1,5 – 2см, при отсутствии инфильтрации воспалительного характера стенки кишки и инфильтрата в тканях вокруг фистулы. А при наличии указанных изменений прибегали к резекции органа, как и при большем диаметре свищей.

Нами разработана оригинальная методика ушивания кишки с наличием «шпоры». Она заключается в следующем: после выделения кишки из окружающих тканей скальпелем осуществляется клиновидная (треугольная) резекция «шпоры» на 2/3 ее массы, при этом основание треугольника обращено кверху, с последующим ушиванием образовавшейся раны по ее периметру узловыми шелковыми швами. Операция заканчивалась ушиванием колостомы двухрядным поперечным швом.

Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 2 (4,8%) больных, летальность – 1 больной (1,9%). Таким образом использованная нами тактика хирургического лечения наружных толстокишечных свищей вполне себя оправдывает, судя по результатам лечения больных.

Артюхина А.И., Великанова О.Ф.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СОБЫТИЙНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ КАФЕДРЫ БИОХИМИИ

Поиск новых подходов к личностно-профессиональному развитию студентов медицинских вузов имеет большое значение в практике постоянного самосовершенствования будущих врачей. Событийное образование в данном случае играет существенную роль и интегрирует комплексное обучение, вовлечение студентов, учет желаний обучающегося. Целью данной работы является обоснование нового подхода к организации вузовской олимпиады и обобщение собственного опыта ее проведения на кафедре теоретической биохимии с курсом клинической биохимии Волгоградского государственного медицинского университета.

Дисциплина «Биологическая химия» преподается студентам на 2 курсе обучения в вузе. Большой объем учебного материала, отсутствие понимания взаимосвязи основ биохимии с будущей специальностью выявляет проблему слабой мотивации ряда студентов к учебной деятельности и это не позво-

ляет студентам эффективно работать. В тоже время ресурс событийного образования для усиления учебной мотивации обучающихся используется недостаточно. Традиционно курсовая олимпиада по дисциплине рассматривается как мероприятие интересное узкому кругу студентов. Предлагаемый вариант организации позволяет превратить олимпиаду по предмету в образовательное событие, обеспечивающее каждому обучающемуся ситуацию успеха, показать связь биохимии и будущей специальности, повысить мотивацию всех студентов к освоению дисциплины «Биологическая химия». Новый подход к организации олимпиады на нашей кафедре заключался в привлечении студентов уже на этапе педагогического проектирования, принципиальном участии всех студентов на каждом этапе олимпиады; открытости – привлечении студентов-болельщиков, обучающихся на других курсах и факультетах, прозрачности критериев оценивания и коллегиального присуждения бонусных баллов.

Олимпиада по биохимии для студентов 3 курса фармацевтического факультета, включала 2 этапа – тестирование и творческий конкурс. Тестовые задания первого этапа характеризовались более широким содержанием, чем предусмотрено рабочей программой, о чем студенты были осведомлены заранее. Актуальность предлагаемых заданий подкрепляется междисциплинарными связями с последующими родственными дисциплинами учебного плана. Кроме тестовых заданий для 1 тура были подготовлены вопросы для блиц-опроса и задания для игры «мозаика». На втором этапе студентам предлагалось сочинить шуточную сказку и представить ее в виде ролевой игры на заданную тему. По результатам двух туров победителями стали лучшие команды и студенты в номинациях «Приз болельщиков», « Самые дружные», « За любовь к биохимии». Олимпиада в период ограничений, связанных с пандемией КОВИД-19 также проходила в два этапа. Оба этапа проводились online – тестирование на базе образовательного портала Волгоградского государственного медицинского университета, творческий конкурс – в режиме видеоконференции на платформе ZOOM. Надо отметить, что 2-й этап стал любимым для большинства студентов, так как предоставил возможности для раскрытия своего творческого потенциала и умения нестандартно мыслить и работать в коллективе. Жюри рассматривались две номинации: «Лучший короткометражный фильм» и «Лучшая презентация». Участие в олимпиаде завершалось этапом рефлексии, когда в формате беседы студенты обсуждали результаты, отмечали особенно яркие моменты.

Полагаем, что такое образовательное событие, как, олимпиада может занимать значительное место в системе форм и методов образования будущих провизоров. Надеемся, что наш опыт проектирования и проведения предметной олимпиады будет полезен педагогам других университетов.

Архипова Д.А., Голикова А.М., Золотухин С.Э., Пацкань С.И., Клочков М.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПОВТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОНОТЕРАПИЕЙ АНТИ-PD-1 ИНГИБИТОРОМ КОНТРОЛЬНЫХ ТОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С НЕОПЕРАБЕЛЬНОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

Введение. Монотерапия анти-PD-1 ингибитором контрольных точек прочно закрепилась в клинических рекомендациях по лечению пациентов с нерезектабельной меланомой кожи. Результаты данного лечения показывают, что после прекращения курса терапии опухоль может временно не прогрессировать, что создает предпосылки для исследований, в которых повторный курс монотерапии анти-PD-1 способен контролировать заболевание пациента, обеспечивая противоопухолевую активность.

Цель исследования. Обобщить результаты повторного лечения монотерапией анти-PD-1 ингибитором на пациентов с нерезектабельной меланомой кожи.

Материалы и методы. Поиск информации по данной теме проводился с использованием базы данных JAMA oncology, Future Medicine, PubMed. Отобрано 4 публикации в которых принимали участие 78 пациентов с нерезектабельной меланомой кожи, достигшие стабильного состояния после монотерапии анти-PD-1 и повторно получавшие монотерапию анти-PD-1 после перерыва в 90 и более дней, из них 42 мужчин (58,3%). Медиана наблюдения составила 14,4 месяца. 71 пациент (91%) оба

курса принимали один и тот же препарат (34 (47,9%) получали пембролизумаб и 37 (52,1%) получали ниволумаб), в то время как 7 пациентов каждый курс принимали разный препарат (сначала пембролизумаб, а затем ниволумаб). Оценка полученных результатов проводилась по следующим критериям: однолетняя выживаемость, двухлетняя выживаемость, медиана общей выживаемости

Результаты. За период наблюдения определить достоверное уменьшение опухоли было возможным лишь у 59 пациентов из 78 (75,6%). 37 из 59 пациентов (62,8%) достигли улучшения состояния, у 11 человек (18,6%) было отмечено прогрессирование опухоли, еще у 11 пациентов (18,6%) изменений не обнаружено. Медиана общей выживаемости составила 30,0 месяцев (95%), однолетняя выживаемость – 100%, а двухлетняя выживаемость – 83%.

Вывод. Повторное лечение монотерапией анти-PD-1 может быть полезным для пациентов с неоперабельной меланомой кожи, однако требуются более длительное наблюдение и клинические исследования с большей выборкой пациентов.

Архипова Д.А., Пацкань С.И., Голикова А.М., Амджад Аль Давуд, Понсе Прадо.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СНИЖЕНИЯ ДОЗЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОМ РАКЕ

Введение. Поскольку выявлено, что у пациентов с ВПЧ-ассоциированными орофарингеальными злокачественными новообразованиями повышена чувствительность к химиотерапии, это может стать поводом для снижения дозы облучения регионарных зон лимфооттока у таких больных с целью улучшения качества жизни пациентов при сохраненном хорошем клиническом исходе и прогнозе.

Цель исследования. Обобщение результатов деэскалации лучевой терапии при ВПЧ-ассоциированном орофарингеальном раке.

Материалы и методы. Поиск информации по данной теме проводился с использованием базы данных JAMA oncology, The New England Journal of Medicine, IJROBP. Было отобрано 7 публикаций, в которых приняли участие 276 пациентов с ВПЧ-ассоциированным орофарингеальным раком, получавших химио- и радиотерапию цисплатином, среди которых 247 (89,5%) мужчин, а также 183 (66,3%) пациентов со стажем курения менее 10 пачко-лет. Пациенты получали лучевую терапию локорегионарных областей в дозе 30 Гр (15 сеансов) и клинически явных очагов опухоли в дозе 40 Гр (20 сеансов). Оценивалось: общая выживаемость, выживаемость без прогрессирования, выживаемость без отдаленных метастазов, качество жизни (при помощи Gothenburg Trismus Questionnaire).

Результаты. В течение всей медианы наблюдения в 26 месяцев у 8 (3,2%) пациентов случился рецидив: у 7 больных в первичном очаге, а также у 1 пациента в области лимфоузла, ранее не идентифицированным клинически явным очагом и не получавшим дозу облучения. За 24 месяца уровень локорегионального контроля составил 97,0%, выживаемость без прогрессирования – 88,0%, выживаемость без отдаленных метастазов – 95,2%, а общая выживаемость – 95,1%. Спустя 24 месяца от начала наблюдения такие показатели качества жизни, как функционирование височно-нижнечелюстного сустава, болевые ощущения, прием пищи, речь и глотание, не ухудшались, либо оставаясь на исходном уровне, либо показывая улучшенные результаты.

Вывод. Стратегия деэскалации лучевой терапии у пациентов с ВПЧ-ассоциированным орофарингеальным раком имеет место быть в клинической практике, поскольку эффективность лечения при этом не изменяется, степень токсичности имеет тенденцию к снижению.

Бабенко-Сорокопуд И.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО МИКРОКЛИМАТА И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ГРУППЫ РИСКА С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Семья является важной частью системы нравственных ориентиров при становлении личности и формирования мировоззрения, собственных систем ценностей и умения самостоятельно выбирать свой жизненный путь. Нравственные ценности семьи являются не только фактором сплочения, поддержки ребенка, но залогом ответственного и безопасного его поведения, в том числе репродуктивного. Изучение роли семьи в процессе воспитания определяется не только тем, что подростковый возраст является одним из ответственных периодов формирования личностных особенностей, но и актуально с целью эффективности профилактики, лечения и реабилитации нарушений менструального цикла (НМЦ) у девушек-подростков (ДП) с рискованным стилем репродуктивного поведения, что относит их к группе риска (ГР).

Цель. Изучение особенностей внутрисемейного микроклимата и личностных особенностей девушек-подростков группы риска с нарушением менструального цикла с целью выбора тактики терапии и рекомендаций по смене рискованного репродуктивного поведения на ответственное, безопасное.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 257 сексуально активных ДП ГР, которые имели незащищенные гетеро- и негетеросексуальные контакты с клиническими проявлениями НМЦ и синдромом гиперандрогении (СГА) – составили основную группу и 168 сексуально интактных ДП с регулярным МЦ. В исследовании использовались социально-психологический (психодиагностический) метод и метод математической обработки результатов. Проводилось изучение особенностей внутрисемейного микроклимата с использованием теста «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) и личностных особенностей ДП с использованием патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) А.Е. Личко для подростков. Математическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистического анализа «MedStat v.5.2». Для выявления связи между признаками проводился корреляционный анализ: в случае, когда распределение не отличалось от нормального – коэффициент корреляции Пирсона, в противоположной ситуации – коэффициент ранговой корреляции Кендалла. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При изучении распределения ДП ГР с НМЦ и СГА в зависимости от типа семейного воспитания выявлено, что у 218 (85,8%±3,62) в семьях был дисгормоничный тип воспитания, что в 8,5 раз чаще чем в контрольной группе ($p < 0,05$), где этот тип регистрировался лишь у 17 (10,1±5,6). Результаты не позволяли выделить специфический тип акцентуации ДП в дисгармоничных семьях, однако ведущие черты пациенток с НМЦ и СГА, свойственные истероидному (37,0±5,2), шизоидному (18,4±3,9) и эпилептоидному (16,7±3,8) типам акцентуаций характера. Также у испытуемых основной группы – ДП РП выявлена корреляционная связь между показателями типа семейного воспитания и НМЦ: средняя ($\text{Tau} = 0,680$).

Выводы. Анализ семейных взаимоотношений имеет важное значение с точки зрения анализа причин отклонения характера и нарушенного поведения, возникновения невротоподобных состояний, что может провоцировать и усугублять НМЦ. Было установлено, что воспитательные стили родителей по-разному влияют на смысложизненные ориентации девушек-подростков и доказано, что в семьях с дисгармоничным стилем воспитания ослаблено влияние родителей на формирование безопасного поведения, в том числе репродуктивного. Определение семейного микроклимата имеет значение в выборе лечебно-реабилитационной тактики для продуктивного восстановления менструального цикла у девушек-подростков группы риска, смены репродуктивного поведения на ответственное.

Бабешина М.А., Барановская С.В., Бойков В.А., Деев И.А., Сиротина А.С., Шибалков И.П.

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Томск

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖУРОВНЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ СУБЪЕКТАМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАНОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Актуальность. Обеспечение доступности медицинской помощи (МП) гражданам Российской Федерации остается важнейшей задачей государства в области сохранения и укрепления здоровья населения. Среди причин недостаточной доступности можно отметить особенности структурных характеристик системы оказания МП, сложные схемы маршрутизации и высокий уровень административных издержек, сопровождающих каждый этап лечебно-диагностического процесса.

Цель: разработать комплекс мероприятий по организации взаимодействия между субъектами системы регионального здравоохранения при оказании плановой МП на примере медицинских организаций (МО) Томской области.

Материалы и методы. В исследовании участвовали МО, оказывавшие первичную медико-санитарную помощь взрослому населению. Результативность организационных мероприятий оценивалась по показателям, характеризующим длительность ожидания плановой МП при направлении на консультации врача-специалиста и диагностические исследования. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0.228.8.

Результаты. Первым этапом реализации комплекса мероприятий стало создание в 2019 году кабинетов организации плановой помощи (КОПП), основная задача которых состояла в планировании маршрута пациентов при направлении в сторонние МО для оказания МП в плановой форме. В рамках исследования все МО были распределены по двум группам: группа А, в которых КОПП был организован и группа Б, в которых КОПП не было. Для проведения оценки эффективности принятых решений был проведен сравнительный анализ показателей длительности ожидания плановой МП. Полученные данные показали, что в 2019 году длительность ожидания консультации врача-специалиста в группе А снизилась на 14,71% ($p=0,038$) по сравнению с 2018 годом. В группе Б, наоборот, произошло увеличение исходного значения показателя в 2019 году на 17,64% относительно 2018 года ($p=0,021$). При сравнении исследуемого показателя между группами А и Б было установлено, что в 2019 году в МО, организовавших маршрутизацию пациентов с помощью КОПП, средняя длительность ожидания была меньше на 20,00%, чем в МО, не реализовавших КОПП ($p<0,001$). При этом в 2018 году данный показатель в группе А не отличался от такового в группе Б.

Анализ длительности ожидания планового диагностического обследования также показал положительную динамику в группе А, сроки проведения диагностики в 2019 году сократились на 31,51% по сравнению с 2018 годом ($p=0,037$). В группе Б статистически значимых различий между сроками ожидания плановой диагностики в 2018 и 2019 годах не выявлено ($p=0,24$). Межгрупповое сравнение показало, что в 2019 году в МО группы А средняя длительность ожидания стала меньше на 27,7% по сравнению с МО группы Б ($p<0,001$). При этом в 2018 году сроки ожидания планового диагностического обследования в группе А были на 46,15% больше, чем в группе Б ($p<0,001$).

Заключение

Таким образом, результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что в МО, организовавших КОПП, достигнута положительная динамика по показателям, характеризующим длительность ожидания плановой медицинской помощи, в отличие от МО, не организовавших управление потоками пациентов через КОПП. Полученные данные позволяют сделать выводы о перспективности работы в этом направлении и высокой значимости результатов исследования для повышения качества и доступности медицинской помощи населению.

Бабкова И.С., Овчинникова У.Р., Грипп М.Р., Джавадов М.Д.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ,
г. Москва

БОЛЕЗНЬ ДАРЬЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Болезнь Дарье, также известная как фолликулярный кератоз, фолликулярный дискератоз или болезнь Дарье-Уайта, представляет собой тяжелое, редкое аутосомно-доминантное наследственное заболевание кожи, вызванное мутациями в гене АТФ2А2, который кодирует кальциевый насос саркоэндоплазматического ретикулума в эндоплазматическом ретикулуме. Его распространенность в популяции колеблется от 1:30 000 до 1:100 000, без различий по полу. Хотя это состояние является доминирующим генетическим наследованием, сообщения о спорадических случаях составляют примерно 40-50%, предположительно новой мутации или неполной пенетрантности. Болезнь Дарье часто развивается в детстве, сохраняется в подростковом возрасте. Характерной чертой этого заболевания является наличие множественных гиперкератотических папул от телесного до желто-коричневого цвета преимущественно в себорейных областях, таких как лицо, грудь и спина. Кроме того, могут постепенно развиваться чешуйки и струпы. Болезнь Дарье может сопровождаться некожными симптомами, в том числе психическими.

Цель. На клиническом примере продемонстрировать случай наблюдения болезни Дарье.

Материалы и методы. Был проведен анализ анамнеза, объективного осмотра, методов лабораторной и функциональной диагностики пациентки 35 лет с болезнью Дарье.

Результаты. Пациентка 35 лет обратилась в клинику кожных и венерических болезней им. В.А.Рахманова УКБ № 2 ПМГМУ им. И. М. Сеченова. У женщины после полового созревания появились множественные зудящие папулы на лице, обоих ушах, шее и верхней части груди. Пациентка также жаловалась на зуд и неприятный запах поражений, которые усиливались от солнечного света, жары и потоотделения. Ни у одного члена семьи не было диагностировано наследственных заболеваний и не было подобных поражений. Физикальное обследование выявило множественные гиперкератотические папулы телесного цвета, сливающиеся в бляшки, что приводит к утолщению кожи с гребнями и бороздами на лице. На обоих ушах, шее и верхней части грудной клетки имелись множественные гиперкератотические папулы от телесного до коричневатого цвета, некоторые из которых сливались и образовывали бляшки. Осмотр волосистой части головы, ладонно-подошвенных областей, ногтей и слизистой оболочки полости рта без особенностей. Лабораторные исследования: Клинический анализ крови от (10.11.21) – СОЭ 22 мм/ч., остальные показатели без патологии; Биохимический анализ крови от (13.11.21) – креатинин крови 117 мкмоль/л., остальные показатели без патологии; Анализ мочи от (19.03.20) – без патологии; ИФА на гепатиты антиген HBs от (14.11.21) не обнаружен.

Гистопатологическое исследование выявило гиперкератоз, гипергранулез и папиллярную эпидермальную гиперплазию. Имелись множественные дискретные зоны супрабазальных расщелин с акантозом, дискератозные клетки в шиповатом и зернистом слоях и паракератотические клетки в роговом слое, напоминающие очаговый акантозный дискератоз.

На основании анамнеза, физического осмотра и гистопатологических данных у этой пациентки был поставлен диагноз болезни Дарье. Пациентке были назначены крем с 5% молочной кислотой и крем с 10% мочевиной для нанесения на очаги поражения два раза в день, а также рекомендации по улучшению общей гигиены, избеганию солнечного света и тепла, диета ОВД и генетическому консультированию. Последующее наблюдение через 8 недель показало легкое улучшение.

Заключение: Данный клинический случай представляет интерес, поскольку болезнь Дарье встречается достаточно редко в клинической практике, а также отсутствуют какие-либо методы первичной профилактики. Полного выздоровления достигнуть нельзя. Несмотря на редкость болезни Дарье, знание характерных клинических проявлений необходимо для дифференциальной диагностики.

Разрешаем для публикации в материалах конференции. Авторы и соавторы подтверждают полное согласие с требованиями для публикации тезисов.

Бавлакова В.В., Иванова О.П., Пахомкина П.А.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

МОТИВАЦИЯ СТУДЕНТОВ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ИРРИГАТОРА ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Введение: Несмотря на совершенствование и модернизацию средств индивидуальной гигиены, по данным эпидемиологического обследования стоматологической заболеваемости населения России на период 2019 года установлено, что заболевания связанные с кариозными поражениями и их последствиями среди населения в возрасте от 18 до 25 лет имеют высокий процент встречаемости [1]. Известно, что основными средствами профилактики кариозных заболеваний являются зубные щетки, ершики и зубные пасты, имеющие различные составы, дополнительные - различные виды ирригаторов. В доступной нам литературе, мы не встретили сведений о частоте использования ирригаторов среди студентов.

Цель: Определение мотивации к использованию ирригаторов у студентов 2 курса стоматологического факультета ВолГМУ с помощью анкетирования и мотивация к их использованию.

Материалы и методы: С целью решения поставленной задачи, нами была разработана анонимная анкета в Google-формах, включающая следующие вопросы: 1. Ваш пол. 2. Возраст. 3. Имеете ли Вы представление об ирригаторе? 4. Есть ли у Вас стационарный или портативный ирригатор? 5. Пользуетесь ли Вы ирригатором, если он у вас есть? 6. Как часто Вы проводите ирригацию? 7. Проходите ли Вы ортодонтическое лечение на данный момент и пользуетесь ирригатором? Обработку статистических данных проводили методом вариационной статистики с использованием электронных таблиц Microsoft Excel 2016.

Результаты: Результаты исследования показали, что студенты, прошедшие анкетирование, в 100% случаев имеют сведения о том, что такое ирригатор и для чего он применяется. Однако, только 36% опрошенных имеют ирригатор в наличии.

При наличии ирригатора только 40% респондентов используют ирригацию как дополнительный метод гигиены. При этом после чистки зубов 2 раза в день им пользуется 80% респондентов и 20% – 3 раз в день.

Не мало важным являлся тот факт, что из общего количества студентов, использующих ирригатор 25% на момент анкетирования проходили ортодонтическое лечение и имели сложные несъемные конструкции во рту, что служило дополнительным мотивационным фактором для этой группы респондентов.

Вывод: Таким образом, результаты нашего исследования показали, что несмотря на высокий уровень осведомленности о наличии средств гигиены и высокой профилактической способности ирригаторов, только 36% студентов имели дома данный прибор. Даже не смотря на это частота использования данного вида средства ухода за полостью рта у студентов в возрасте 18 -25 лет была отмечена лишь в 40%. Отсюда следует, что необходимо повысить не только уровень осведомленности населения первого периода зрелого возраста о дополнительных средствах гигиены, но и уровень мотивации для их использования. Проведенное нами исследование может быть использовано в клинике детской и терапевтической стоматологии, а так же на приеме врача ортодонта и в клинике ортопедической стоматологии.

Бавлакова В.В., Кит Д.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СВЕРХКОМПЛЕКТНЫХ ЗУБОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Г. ВОЛГОГРАДА И ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

В данной работе представлен анализ частоты встречаемости сверхкомплектных зубов пациентов г. Волгограда и Волгоградской области в возрасте 8-12 лет по данным медицинских карт, ортопантомограмм, КЛКТ, обратившихся в детское отделение стоматологического клинико-диагностического центра ФГБОУ ВолгГМУ МЗ РФ.

Введение: Гипердентию относят к аномалиям количества зубов. Клинически патология проявляется обычно в сменном прикусе. Наличие сверхкомплектных зубов в толще альвеолярного отростка вызывает ретенцию (задержку прорезывания) комплектных постоянных зубов или их аномалийное положение в зубном ряду: диастему, тортоаномалию, оральное или вестибулярное положение и др. Лечение детей с данной патологией комплексное (хирургическое и ортодонтическое) в зависимости от клинико-рентгенологической картины заболевания.

Цель исследования: провести анализ частоты встречаемости сверхкомплектных зубов пациентов 8-12 лет г. Волгограда и Волгоградской области.

Материалы и методы исследования: с целью выявления сверхкомплектных зубов у стоматологических пациентов в г. Волгограде и Волгоградской области был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 337 пациентов, обратившихся в детское отделение стоматологического клинико-диагностического центра ФГБОУ ВолгГМУ МЗ РФ. Проведен анализ 337 ортопантомограмм, 49 КЛКТ. Полученные сведения обрабатывались с помощью программы Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования и обсуждение: при изучении 337 медицинских карт стоматологических пациентов, ортопантомограмм и КЛКТ, наличие сверхкомплектных зубов было выявлено у 39 пациентов, что составило 11,6% от общего количества обследованных. Частота выявления сверхкомплектного клыка составила 25,6%, а премоляра – 20,5%. В 53,9% случаях сверхкомплектный зуб располагался между центральными резцами.

Багрий А.Э, Зятева А.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ГИПОТИРЕОЗА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА

Актуальность. Дефицит тиреоидных гормонов (ТГ) способствует гиперхолестеринемии, которая является значимым фактором риска развития ишемической болезни сердца. Важно отметить, что гиперхолестеринемия характерна не только для манифестного гипотиреоза, а и для субклинического гипотиреоза, при котором не принято применение заместительной гормонотерапии (ЗГТ). При сочетании гипотиреоза с сахарным диабетом второго типа (СД 2 типа) сердечно-сосудистый риск (ССР) повышается вдвое, в связи с чем, особо актуальным является исследование патофизиологических аспектов воздействия гипотиреоза на липидный обмен при СД 2 типа с целью выбора наиболее оптимальной лекарственной терапии и улучшения сердечно-сосудистого прогноза.

Материалы и методы. Анализ данных современных отечественных и зарубежных исследований, посвященных изучению патофизиологической взаимосвязи СД 2 типа и тиреоидных нарушений.

Результаты. Известно, что ТГ являются антагонистами инсулина по влиянию на печень: они оказывают прямое влияние на транскрипцию генов в печени, стимулируя глюконеогенез, передачу инсулинового сигнала и гликогенолиз. Однако по воздействию на периферические органы ТГ являются синергистами инсулина. Одним из общих путей нарушения липидного обмена при СД 2 типа и гипо-

тиреозе является нарушение экспрессии 1-а гамма рецептора, активируемого пролифераторами пероксисом (PGC-1a), данный рецептор является основным звеном окисления жирных кислот. Известно, что ТГ повышают экспрессию PGC-1a, при гипотиреозе отмечена ассоциация с высоким ССР, в связи с тем, что в состоянии дефицита ТГ снижается экспрессия PGC-1a и увеличивается внутриклеточное накопление липидов, также нарушается их окисление. Так как данное нарушение характерно для СД 2 типа и для гипотиреоза, можно сделать вывод, что при их сочетании ССР повышается вдвое.

Также известно, что ТГ необходимы для обеспечения взаимодействия липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП, ЛПОНП) с клеточными рецепторами различных органов, а также для элиминации холестерина путем рецепторного эндоцитоза в печени. При гипотиреозе отмечается снижение количества рецепторов в печени к ЛПНП (в связи с чем снижена их элиминация), а также в других органах – в настоящий момент наиболее изученными являются рецепторы фибробластов стромальной ткани к ЛПНП. В связи со снижением количества рецепторов в печени снижается элиминация липидов, вследствие снижения количества рецепторов в других органах и тканях снижается захват ЛПНП и, соответственно, повышается их концентрация в плазме крови. Явный гипотиреоз характеризуется более выраженным нарушением липидного обмена, при данной патологии отмечается повышение аполипопротеина А в большей степени, чем при субклиническом гипотиреозе. В литературе были описаны исследования, в которых было отмечено, что при достижении эутиреоидного состояния нарушения липидного обмена регрессируют.

Выводы. СД 2 типа и гипотиреоз достаточно часто встречаются в общей популяции и имеют общие патофизиологические аспекты развития. В ряде клинических исследований было установлено, что данные состояния взаимно отягощают течение друг друга. Гиперхолестеринемия является общим звеном патогенеза СД 2 типа и гипотиреоза. Вследствие гиперхолестеринемии при сочетании СД 2 типа и гипотиреоза в значительной степени повышается ССР. Допустимо предположить, что с целью коррекции липидного обмена и снижения ССР необходимо достижение состояния эутиреоза и рассмотрение возможности заместительной гормонотерапии при субклиническом гипотиреозе

Багрий А.Э., Андрусак А.Ю., Рачкелюк В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Актуальность: Гиполипидемическая терапия – один из краеугольных камней лечения больных с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС), включая лиц с сахарным диабетом 2 типа (СД). Вопросы выбора оптимального режима гиполипидемической терапии (включая дозы статинов и применение нестатиновых препаратов) остаются предметом дискуссий.

Цель: оценить эффективность и безопасность применения различных режимов гиполипидемической терапии у больных с хронической ИБС и СД 2 типа.

Материалы и методы: В проспективном исследовании участвовали 68 больных с хронической ИБС и СД 2 типа (36 мужчин и 32 женщин, средний возраст $65,4 \pm 11,2$ года), давность СД $9,3 \pm 2,8$ года, гликированный гемоглобин (HbA1c) $7,9 \pm 1,2\%$. Перенесенный инфаркт миокарда был у 37 (54,4%), процедуры коронарной реваскуляризации – у 28 (41,2%). Эти больные были разделены на 2 группы: группа А (39 больных) – получала средние или высокие дозы статинов (аторвастатин-40-80 мг, розувастатин – 20-40 мг), группа Б (29 больных), где кроме статинов в тех же дозах назначали ингибитор абсорбции холестерина – эзетимиб 10 мг/сут. Длительность лечения составила 6 месяцев. Концентрацию липидов оценивали с помощью биохимического фотометрического кинетического анализатора АБХФК – 02 – «НПП-ТМ» (Би Ан) и наборов производства Россия и Молдова. Статистическую обработку проводили с помощью программы STATISTICA for Windows/version 10 / StatSoft, Inc. (2011 г.). Средние величины представляли как $M \pm$ стандартное отклонение, категориальные данные представляли в виде процентов (%). Различия считали статистически достоверными при значениях $p <$

0,05. Перед началом наблюдения средние показатели липидограммы были: общий холестерин (ОХ) $6,37 \pm 1,14$ ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ХСЛПНП) $4,14 \pm 0,723$ ммоль/л, липопротеиды высокой плотности (ХСЛПВП) $1,12 \pm 0,21$ ммоль/л, триглицериды (ТГ) $1,78 \pm 0,25$ ммоль/л.

Результаты: Анализ полученных данных во всех случаях свидетельствовал о благоприятном влиянии статинов на уровень показателей липидного спектра крови. В группе А через 6 месяцев было отмечено достоверное снижение ОХ на $27,3 \pm 5,6\%$, ХС ЛПНП на $31,1 \pm 6,9\%$ и повышение ХС ЛПВП на $14,2 \pm 3,4\%$. В группе Б динамика аналогичных показателей через 6 месяцев – снижение ОХ на $38,4 \pm 6,8\%$, ХС ЛПНП на $43,5 \pm 7,4\%$ (различия с группой А достоверны, $p < 0,05$) и повышение ХС ЛПВП на $16,4\%$ ($p > 0,05$). Также хочется отметить более значимое снижение уровня ТГ в крови у больных принимающих сочетание статина с эзетимибом: на $18,4 \pm 4,2\%$ против $7,7 \pm 2,3$ в группе без эзетимиба ($p < 0,05$). Уровень HbA1c не менялся и был в пределах $7,9 \pm 1,2\%$. В период наблюдения нежелательные эффекты препаратов во всех группах были минимальными.

Выводы: С целью коррекции липидных нарушений целесообразно использовать аторвастатин или розувастатин в средне- или высокотерапевтических дозах с учетом благоприятного влияния на показатели липидограммы. Лечение в комбинации с эзетимибом выявило нейтральное влияние на углеводный обмен, а также способствовало достижению целевых уровней липидограммы, в большей степени ТГ.

Багрий А.Э., Ефременко В.А., Михайличенко Е.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПЕДАГОГИКА В МЕДИЦИНЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Педагогика – это наука о законах воспитания и образования человека, она изучает закономерности успешной передачи социального опыта старшего поколения младшему. Педагогику столетиями понимали как науку об искусстве воспитания. Предметом современной педагогической науки является образование как целостный педагогический процесс в котором происходит развитие личности, ее социализация, целенаправленно организованное воспитание и обучение.

Целью медицинского образования является формирование у студента не только профессиональных навыков и знаний как у будущего специалиста, но и воспитать в нем чувство ответственности за жизнь и здоровье другого человека, привить ему гуманность, человеколюбие и чувство сострадания.

В содержании медицинского образования выделяют по отношению к формирующейся личности две стороны. Внешняя сторона – это образовательная среда, учебные планы, учебники, методические пособия и другие средства обучения. Внутренняя сторона – это личностные изменения и приращения, уникальные для каждого студента: знания, способы деятельности, способности, смысл и ценности.

Практика показывает, что для многих пациентов чрезвычайно важна вера в исцеление. Благодаря владению психолого-педагогическими и коммуникативными знаниями врач способен оценить эффективность их применения к конкретному человеку. Уважительное отношение к пациенту лежит в основе врачебной деятельности.

На кафедре внутренних болезней №2 Донецкого медицинского национального университета обучаются студенты 6 курса лечебных факультетов. При проведении занятий приоритетное направление образовательного процесса – формирование личной ответственности за выполняемую работу, интереса и уважения к больному человеку, бескорыстности, принципиальности, дисциплинированности.

В процессе обучения педагогика предусматривает следующие виды педагогического общения: авторитарный, демократический, попустительский. На кафедре внутренних болезней №2 присутствует преимущественно демократический стиль педагогического общения. Он позволяет оценить степень подготовки каждого студента, что обеспечивает участие группы в обсуждении темы практического занятия. Преподаватель при этом выступает в роли консультанта, который искренне заинтересован в формировании у студентов профессиональных компетенций. Это развивает у обучающихся адекватную и обоснованную уверенность в себе, стимулирует стремление правильно сформулировать ответ на поставленный вопрос, повышает профессиональную общительность.

К сожалению, у педагога нередко возникает необходимость и целесообразность использования авторитарного типа общения со студентами. Это является эффективным стилем общения с некоторыми студентами- повышает уровень культуры, дисциплину, стремление получать знания и улучшать учебную дисциплину.

Организация практических занятий состоит не только в передаче студентам информации, сколько в стимуляции их познавательной деятельности, развитии клинического мышления, умения обобщать и интерпретировать информацию о пациенте в результате обследования, т.е. ведут поиск новых и совершенствование традиционных форм преподавания.

В современных условиях система высшего медицинского образования уделяет большое внимание проблеме качества. Качество подготовки выпускника медицинского вуза зависит от многих факторов, в том числе от организации воспитательного и образовательного процессов на клинической кафедре, обеспечивающей уровень профессиональной компетентности будущего специалиста. Важнейшим условием при решении поставленной задачи является сочетание профессионализма преподавателей и мотивация обучаемого.

Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Приколота А.В., Аришавская И.А., Совпель Я.А., Кутья А.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Актуальность. Вопросы оптимальной лечебной тактики у больных с артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа остаются дискуссионными.

Цель исследования: изучить эффективность и определить критерии выбора гипотензивных и органопротекторных препаратов у больных с АГ и СД 2 типа.

Материал и методы. В открытое сравнительное исследование были включены 139 больных (64 мужчины и 75 женщин в возрасте $73,9 \pm 11,7$ лет) с АГ и СД 2 типа. На основании отечественных и международных рекомендаций выделяли систоло-диастолическую АГ, изолированную систолическую АГ (ИСАГ), резистентную АГ (РАГ). Всем больным по стандартным методикам выполнялись общеклинические, биохимические и инструментальные исследования в т. ч. определяли уровни гликированного гемоглобина (HbA1C), уровни креатинина крови с подсчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ), альбуминурию, оценивали уровни индексов инсулиночувствительности НОМА-IR и глюкозотоксичности НОМА-В по стандартным формулам, выполняли эхокардиографию, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий, пробу с реактивной гиперемией (РГ). В дополнение к стандартным рекомендациям адекватных изменений образа жизни, приема общепринятых кардиопротекторных, гипотензивных и сахароснижающих средств, 96 больным после перекрестной рандомизации согласно протоколу 2x2 назначали: антагонист минералокортикоидных рецепторов спиронолактон в дозе 25 мг/сут ($n = 44$), агонист имидазолиновых рецепторов моксонидин в дозе 0,2 мг/сут ($n = 46$) и ингибитор натрий-глюкозного ко-транспортера-2 дапаглифлозин в дозе 10 мг/сут ($n = 27$). Длительность исследования составила $9,4 \pm 2,1$ месяца. Для установления критериев прогнозирования эффективности лечения использовали критерий Фишера (ϕ) и критерий χ^2 Пирсона. Для статистической обработки полученных данных использовали программу STATISTICA for Windows/ version 10 / StatSoft, Inc. (2011 г.).

Результаты. Систолю-диастолическая АГ имела место в 57,6% случаев, ИСАГ – в 42,4%, РАГ – в 41,0%. Все режимы лечения удовлетворительно переносились, однако их гипотензивная и органопротекторная эффективность отличались в зависимости от особенностей больных с АГ и СД 2 типа. Установлено наличие статистически значимой связи между более высокой эффективностью применения моксонидина в качестве компонента гипотензивного лечения при систоло-диастолической АГ, неудовлетворительном контроле гликемии, значениях НОМА-IR >4, наличии увеличения толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии, СКФ <60 мл/мин (критерий ϕ^* от 2,487 до 2,817; критерий χ^2 от 6,14 до 9,32, все $p < 0,05$). Установлено наличие связи более высокой эффективности

лечения с использованием спиронолактона и наличием ИСАГ и/или РАГ, гипертрофии и диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ), отсутствием адекватной вазодилатации в пробе с РГ, альбуминурией, СКФ ≥ 60 мл/мин (ϕ^* от 2,531 до 2,834; χ^2 от 7,23 до 10,14, все $p < 0,05$). Применение дапаглифлозина показало наибольшую эффективность у больных с РАГ, при неудовлетворительном контроле гликемии, значениях НОМА-IR > 4 и НОМА-B < 60 , гипертрофии ЛЖ, фракции выброса ЛЖ $< 50\%$, альбуминурии, СКФ ≥ 30 мл/мин, отсутствии адекватной вазодилатации в пробе с РГ (ϕ^* от 2,619 до 2,783; χ^2 от 7,17 до 9,63, все $p < 0,05$).

Выводы. Выявленные критерии выбора гипотензивных и органопротекторных препаратов позволяют говорить о возможности дифференцированного подхода в лечении больных с разными вариантами АГ и более широком использовании в качестве компонентов комбинированного лечения при систоло-диастолической АГ – моксонидина, при ИСАГ – спиронолактона, при РАГ – спиронолактона и дапаглифлозина у лиц с СД 2 типа.

Багрий А.Э., Приколота О.А., Могилевская К.Э.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕСТО АЗИЛСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ

Цель: у лиц с сахарным диабетом (СД) 2 типа и артериальной гипертензией, ранее перенесших в сроки > 1 месяца лабораторно подтвержденную инфекцию COVID-19, в проспективном наблюдении оценить эффективность классов препаратов, влияющих на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС): ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента 2 (рамиприл) и сартанов (азилсартан).

Материал и методы исследования. На базе Дорожной клинической больницы станции Донецк и ЦГКБ №1 г. Донецка в течение 5 месяцев наблюдали за 50 больными (27 мужчин и 23 женщины, возраст $62,4 \pm 8,7$ лет) с СД 2 типа (давность $7,2 \pm 2,4$ лет) в сочетании с гипертонической болезнью (давность $9,5 \pm 3,1$ лет), сопутствующая ишемическая болезнь сердца (ИБС) была в 69,8% случаев. Все исследуемые перенесли инфекцию COVID-19, из них она у 31 (62,0%) протекала с полисегментарной пневмонией, потребовавшей госпитализации в стационар (у 17 – в условиях интенсивной терапии), средняя продолжительность пребывания в стационаре составляла $31,8 \pm 18,3$ дня. В 19 (38,0%) случаях инфекция COVID-19 не требовала госпитализации. Все пациенты спустя 1 месяц после выписки из стационара или завершения амбулаторного лечения сохраняли клинические проявления постковидного синдрома, включая слабость (90,2%), одышку (77,8%), миалгии (70,5%), сухой кашель (66,1%), кашель с мокротой (22,9%), гипертермию (53,6%), артралгии (52,9%), нарушения сна / памяти / внимания (71,1%), раздражительность (53,4%), депрессию (45,9%), нарушения обоняния (33,7%). В зависимости от особенностей приема препаратов, влияющих на РААС, были выделены 2 группы: А (25 больных, прием азилсартана 40-80 мг/сут) и Б (25 больных, прием рамиприла 5-10 мг/сут). Противопоказаний к приему препаратов не было. Группы были сравнимы по демографическим характеристикам, исходным уровням артериального давления (АД), исходным уровням тощаковой гликемии, HbA1C, степени тяжести перенесенной инфекции COVID-19 и характеристикам постковидного синдрома. Целевые цифры АД были $< 140/90$ мм рт.ст. В динамике осмотры больных проводили не реже 1 раза в 1-2 месяца, длительность наблюдения составила $3,8 \pm 1,4$ месяца. Выраженность клинических проявлений постковидного синдрома больные оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Статистическую обработку материала выполняли с использованием программы MedStat.

Результаты. У пациентов в группе А был отмечен лучший гипотензивный эффект: целевые цифры АД были достигнуты в 87,5% случаев против 68,1% в группе Б ($p < 0,05$). Прием азилсартана продемонстрировал лучшую переносимость по сравнению с рамиприлом: у больных группы А не было отмечено случаев возникновения кашля, в то время как в группе Б этот побочный эффект был у 4

человек (8%). В группе А статистически значимо реже, чем в группе Б требовались госпитализации в стационар по любым причинам (19,6% против 39,7%), также реже наблюдались эпизоды тромбоэмболических осложнений (3,7% против 17,1%). За время наблюдения устранение или значительное уменьшение выраженности проявлений постковидного синдрома отмечено в 82,7% наблюдений в группе А и в 54,6% – в группе Б, $p < 0,05$ (согласно ВАШ). Суммарная продолжительность проявлений постковидного синдрома в группе А составила $3,8 \pm 0,9$ месяцев, в группе Б – $4,8 \pm 0,7$ месяцев, $p < 0,05$. Позитивный эффект на течение постковидного синдрома на фоне приема азилсартана не зависел от тяжести перенесенной инфекции COVID-19, а также от наличия сопутствующей ИБС.

Выводы. Использование азилсартана в составе лечебной стратегии АГ у больных с СД 2 типа с перенесенной инфекцией COVID-19 ассоциировалось с уменьшением продолжительности и выраженности проявлений постковидного синдрома.

Багрий А.Э., Стефаненко А.В., Стефаненко Е.Р., Рачкелюк В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ИССЛЕДОВАНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Роль ультразвуковой диагностики в исследовании периферической полинейропатии нижних конечностей при сахарном диабете 2 типа

Актуальность: диабетическая периферическая полинейропатия (ДПН) – распространенное хроническое осложнение сахарного диабета (СД) 2 типа, значительно нарушающее самочувствие, качество жизни и функциональные возможности пациентов. Доля больных с ДПН среди лиц с СД 2 типа, может составлять 42-59%. Ультразвуковое исследование (УЗИ) в диагностике ДПН пока не получило достаточного распространения, его информативность продолжает оставаться предметом дискуссий.

Цель: повысить качество диагностики ДПН, используя возможности ультразвуковой визуализации периферических нервов нижних конечностей.

Материалы и методы: обследовано 48 больных с СД 2 типа и ДПН (мужчин – 22 (45,8%), женщин – 26 (54,1%)). Средний возраст на момент исследования $67,6 \pm 3,45$ лет. Во всех случаях диагноз ДПН базировался на наличии нарушений болевой, тактильной, вибрационной и температурной чувствительности нижних конечностей на фоне СД 2 типа. Уровни гликемии составляли $8,3 \pm 2,5$ ммоль/л, уровни гликированного гемоглобина (HbA1C) – $9,2 \pm 0,37\%$, средняя продолжительность СД была $10,7 \pm 1,7$ лет. Парестезии нижних конечностей имелись у 71,2% пациентов, боль жгучего характера, преимущественно в ночное время – у 87,4%, похолодание нижних конечностей – у 64,9%, онемение нижних конечностей – у 44,4%, у 12,6% пациентов ДПН протекала без субъективных клинических проявлений.

Всем было выполнено УЗИ периферических нервов нижних конечностей на ультразвуковом аппарате SonoScape S20 Pro (с каналом доплера) с использованием линейного датчика 7,5 МГц, 40 мм. Исследовали седалищные, большеберцовые и малоберцовые нервы (ББН, МБН), последние – в трех точках проекции: на уровне отхождения от седалищного нерва, в средней трети и на уровне головки малоберцовой кости. Нервы оценивали по трем критериям: площадь поперечного сечения (ППС), наличие сосудистых локусов в режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК) и эхоструктура в В-режиме (за норму считали эхоструктуру по типу «перец с солью», без гипоехогенного ободка).

Результаты: Эхопризнаки нарушений структуры седалищного нерва определялись у 31,2% пациентов, ББН – у 37,5%, МБН – у 72,9%. У 1 пациента были зафиксированы сосудистые локусы в перинеуральном пространстве левого МБН. Средняя ППС седалищного нерва составила $47,8 \pm 1,7$ мм² (норма – до 60 мм²), ББН – $34,9 \pm 2,8$ мм² (норма до 30 мм²), МБН – $24,9 \pm 1,7$ мм² (норма до 12 мм²). Увеличение ППС МБН исследовали в зависимости от длительности заболевания. Для этого пациентов разделили на группы: А – с длительностью СД более 10 лет, и В – менее 10 лет. В группе А ППС МБН по данным УЗИ составила – $20 \pm 1,1$ мм², в группе В – $8,4 \pm 0,53$ ($p \leq 0,05$). Также ППС МБН изучали в

зависимости от уровня гипергликемии: пациентов разделили на группы С – уровень HbA1C более 7,5%, и D – HbA1C \leq 7,5%. Статистически значимых отличий ППС МБН в группе С (16,7 мм²±1,01) и D (12,5±1,3мм²) не было выявлено ($p \geq 0,05$).

Выводы: При УЗИ периферических нервов были обнаружены нарушения эхоструктуры и увеличение ППС периферических нервов нижних конечностей. Получены статистически значимые отличия ППС МБН у лиц с давностью СД 2 типа более 10 лет в сравнении с его меньшей продолжительностью. Значения этого показателя не зависели от величин HbA1C. Т.о. УЗИ периферических нервов нижних конечностей является перспективным дополнительным методом диагностики ДПН.

*Багрий А.Э., Стефаненко Е.Р., Стефаненко А.В., Сидорова В.В.,
Трандафилова М.Н., Дружинкина Н.В.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СУСТАВОВ В ВОПРОСАХ ДИАГНОСТИКИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО АРТРИТА

Возможности ультразвукового исследования суставов в вопросах диагностики недифференцированного артрита

Актуальность: недифференцированный артрит (НДА) – воспалительное заболевание суставов, не соответствующее на момент наблюдения классификационным критериям определенных нозологических форм. НДА может служить первичным диагнозом раннего ревматоидного артрита (РА) или суставного синдрома на период уточнения диагноза. Исследование РАДИКАЛ показало, что диагноз НДА устанавливается 33-36% пациентов с впервые возникшем артритом, а 33-50% НДА эволюционирует в РА.

Цель: изучить возможности ультразвукового исследования (УЗИ) суставов у больных с НДА, с целью выявления больных в группе риска развития РА.

Материалы и методы: обследовано 35 больных с НДА. Из них мужчин – 7 (20%), женщин – 28 (80%), средний возраст пациентов на момент исследования составлял 35±1,85 лет. Во всех случаях диагноз НДА был обусловлен недостаточным количеством классификационных критериев РА ACR/EULAR 2010 г. У всех пациентов отсутствовали серологические критерии РА: уровень С-реактивного белка составлял 12,2±0,68 мг/л, СОЭ – 27,8±0,83 мм/ч, ревматоидный фактор и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду у всех были в пределах нормативных значений. Боль в коленных суставах беспокоила – 94,2% пациентов, боль в мелких суставах кистей рук – 31,4%, скованность в мелких суставах кистей в утренние часы – 24,9%, артралгии мелких суставов стоп – 14,4%, еще 3,5% испытывали боль и скованность в лучезапястных суставах. Длительность симптомов в среднем составляла 6,3±2,1 недель.

Всем пациентам было выполнено исследование суставов на ультразвуковом аппарате SonoScare S20 Pro (с каналом доплера) с использованием линейного датчика 7,5 МГц, 40 мм. Исследовали плечевые, локтевые, лучезапястные, пястно-фаланговые, проксимальные и дистальные межфаланговые суставы, а также коленные, голеностопные, тазобедренные, плюсне-предплюсневые, плюсне-фаланговые и межфаланговые суставы. Оценивали наличие синовита, степень субсиновиальной васкуляризации и наличие эхопризнаков энтезитов. Оценку проводили в В-режиме и режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК) согласно критериям OMERACT 2020г.

Результаты: эхопризнаки синовита в 2-5 пястно-фаланговых суставах наблюдались в 45,7% случаев, эхопризнаки симметричного синовита в лучезапястных суставах были обнаружены в 60,5%, синовит коленных суставов в 85,7%. В 42,8% наблюдений были отмечены эхопризнаки плантарного фасциита, в 1 случае -эхопризнаки теносиновита локтевого разгибателя запястья. Костные эрозии были зафиксированы лишь у 1 пациента. Эхопризнаки активного синовита более чем в 10 суставах наблюдались у 16 из 35 пациентов – 45,7%. Из них – у 14 (87,5%) пациентов через полгода проспективного наблюдения развился серопозитивный РА, а среди 19 пациентов без множественности поражения – у

2 пациентов (10,5%). Важно отметить, что в группе обнаружения множественных синовитов, боль более чем в 10 суставах беспокоила 5 из 16 (31,2%) пациентов.

Выводы: для развития РА у пациентов с НДА наиболее специфичным УЗ-признаком была множественность поражения (обнаружение синовита более, чем в 10 суставах), даже при отсутствии субъективных жалоб на боль и скованность в данных суставах. Полученные результаты подтверждают данные литературы, что 30-50% НДА трансформируется в РА. Согласно результатам исследования, неблагоприятным прогностическим признаком было обнаружение синовита в мелких суставах кистей рук. Следовательно, можно сделать вывод, что УЗИ на доклиническом этапе развития РА, может быть использовано, как метод диагностики ранних этапов развития этого заболевания.

Багрий А.Э., Тарадин Г.Г., Яровая Н.Ф., Хоменко М.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ: МНОГООБРАЗИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ, НО НЕ СКОРОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ

Диабетическая нефропатия (ДНП) является одним из классических микрососудистых осложнений сахарного диабета (СД), развивающимся в 30-40% случаев. Первые проявления ДНП фиксируются спустя 10-15 лет после начала СД 2 типа и через 20-40 лет – от начала СД 1 типа (эти различия во многом обусловлены возрастными особенностями обсуждаемых групп пациентов). Клиническая значимость ДНП связана с высокой скоростью прогрессирования поражения почек с исходом в тяжелую/терминальную хроническую почечную недостаточность (ХПН), требующую в итоге применения методов, замещающих функцию почек (обычно – диализная терапия).

Клинические варианты ДНП широко варьируют: от минимальной протеинурии с успешно регулируемой артериальной гипертензией (АГ) до тяжелого нефротического синдрома, осложнения которого (тромботические, инфекционные) обычно становятся причиной смерти больных еще до развития тяжелой/терминальной ХПН. важно помнить, что у 50% лиц с ДНП при скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин имеет место нормоальбуминурия: в этих случаях причинами неуклонного прогрессирования ХПН становятся поражения не клубочков, а сосудов, канальцев и интерстиция почек. При этом также присутствуют проявления и других макро- и микрососудистых поражений (стенозирующий атеросклероз сосудов сердца, головного мозга, почек, периферических артерий конечностей, ретинопатия, кардиомиопатия).

Важнейшим компонентом лечебной стратегии у больных СД в целом является контроль гликемии с помощью строгих ограничений в рационе рафинированных углеводов (мороженое, сладкие напитки, включая фруктовые соки) при расширении в рационе овощей (бело- и краснокочанная капуста, огурцы, цуккини, болгарский перец, стручковые горох и фасоль, зелень – укроп, лук, петрушка, салат, щавель) и несладких фруктов (зеленые яблоки), орехов, бобовых, ненасыщенных жиров (льняное и оливковое масло). Должно быть существенно уменьшено потребление овощей, содержащих крахмалистые вещества (картофель, кукуруза, свекла и морковь, сухие бобы, топинамбур, редька, кабачок, патиссон, тыква, редис, цветная капуста). Наличие ДНП и/или артериальной гипертензии (АГ) требует существенного ограничения употребления поваренной соли (с исключением особенно богатых ею готовых колбасных изделий и солений!), а также белковых продуктов (не более 0,8 г белка на 1 кг массы тела в сутки). Устранение фактора табакокурения (в т.ч. «пассивного», е-сигарет) и гиподинамии может существенно уменьшить как «легочный», так и сердечно-сосудистый риск у лиц с ДНП. Следует также попутно информировать население о том, что крайняя умеренность в употреблении сладостей и алкоголя является ведущим подходом в профилактике собственно СД.

При ДНП с СКФ > 60 мл/мин показаны блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента или сартаны, спиронолактон), статины (возможна комбинация с эзетимибом), ацетилсалициловая кислота, при меньшей СКФ для контроля АГ рекомендуют классы антигипертензивных препаратов. Для контроля гликемии при СКФ \geq 30 мл/мин назначают метформин, его сочетания с гликлазидом, пиоглитазоном, ингибитором дипептидил-

пептидазы-4, а при экономической возможности пациента – также с препаратами, проявляющими явные положительные эффекты на сердечно-сосудистый и почечный прогноз (агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1, ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера-2); при СКФ < 30 мл/мин альтернативу инсулинотерапии могут составлять пиоглитазон или агонист рецепторов глюкагоно-подобного пептида-1.

Багрий А.Э., Христуленко А.Л., Ващенко А.В., Лунева Н.Н., Ефременко В.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОБУЧЕНИЕ В ИНТЕРНАТУРЕ КАК СРЕДСТВО АДАПТАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Одна из первоочередных задач образовательных процессов в здравоохранении Донецкой Народной Республики (далее – ДНР) – адаптация к самостоятельной профессиональной деятельности выпускников ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (далее – Университет). В российском образовательном пространстве не предусмотрена интернатура. Большинство выпускников, получивших высшее медицинское/фармацевтическое образование, после успешного прохождения первичной аккредитации в аккредитационных центрах, приступают к самостоятельной трудовой деятельности в структурах первичного звена здравоохранения. Нынешняя активизация боевых действий на территории ДНР обуславливает необходимость использования дистанционных образовательных технологий (далее – ДОТ) при обучении студентов Университета, в том числе выпускных курсов, по аналогии с карантинной ситуацией, вызванной пандемией COVID-19. Деканатом факультета интернатуры и последипломного образования Университета проведено анкетирование 300-т интернов со следующими вопросами, с просьбой оценить ответы по 5-балльной шкале:

1. Видите ли Вы преимущества обучения с применением ДОТ над очным в Университете на специалитете в мирное время?

2. Удовлетворены ли Вы качеством обучения с применением ДОТ в Университете на специалитете?

3. Удовлетворены ли Вы своей практической подготовкой (овладением практическими навыками и умениями) за годы учебы в Университете на специалитете, в том числе с применением ДОТ?

4. Готовы ли Вы были к самостоятельной врачебной/провизорской работе сразу после окончания обучения в Университете на специалитете?

Ответы по 5-балльной шкале (от 1 до 5, соответственно) предусматривали такие варианты: «категорически нет», «скорее нет, чем да», «нет», «скорее да, чем нет», «абсолютно да». Были получены следующие результаты.

На первый вопрос 90% анкетированных ответили «скорее нет, чем да» и «нет», средний балл – 2,5±0,50.

На второй вопрос 95% респондентов ответили «скорее да, чем нет» и «абсолютно да», средний балл – 4,45±0,56.

На третий вопрос 95,3% ответ оценили достаточно низко: «нет» и «скорее да, чем нет», средний балл – 3,5±0,50.

А вот на четвёртый вопрос были получены неожиданные результаты: 96% оценили степень своей готовности на 2 и 3 («скорее нет, чем да» и «нет» соответственно).

Вывод очевиден: интернатура в ДНР на период перехода в российское образовательное пространство является необходимым этапом последипломного образования.

Интернатура – это одна из ступеней многоуровневой структуры высшего медицинского образования, которая является формой непрерывного профессионального образования провизоров и врачей в Университете. Согласно учебному плану интернатуры на практику отводится 1692 часа из 2592 часов (65,3%) всей основной образовательной программы по интернатуре, из которых на обучающий симуляционный курс – 72 часа, остальной объём – работа на заочных базах интернатуры. Овладение практическими навыками и умениями – основная задача обучающихся именно во время работы на

заочных базах интернатуры. Важным аргументом является возможность у интернов на заочных базах осуществлять свою деятельность под контролем (курацией) руководителей заочных баз интернатуры, практикующих врачей или провизоров с большим опытом работы.

Базархандаева Т.Б., Ким А.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова», г. Санкт-Петербург

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА (5-АЛК) ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Цель работы: оценить эффективность и безопасность применения 5-аминолевулиновой кислоты (5-АЛК) для интраоперационной флуоресцентной диагностики (ФД) у пациентов детского возраста с опухолями головного мозга.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ эффективности и безопасности применения флуоресцентной диагностики (ФД) при удалении опухолей у 30 детей в возрасте от 3 до 17 лет за период с 2013 по 2022 гг. Источником 5-ALA являлся лицензионный препарат «Alasens» российского производства, который принимался больным из расчета 20-25 мг/кг массы тела за 4-6 часов до предполагаемого начала удаления бластоматозной ткани. Использование препарата «Аласенс» проводилось при отсутствии противопоказаний и наличии информированного согласия родителей ребенка и с одобрения этического комитета РНХИ. Всем пациентам проведено комплексное клинко-интроскопическое обследование в до- и послеоперационном периоде, в ряде случаев повторное гистологическое исследование опухоли.

Результаты: Степень флуоресценции оценивалась в зависимости от гистопатологической природы, степени анаплазии опухоли, индекса Ki-67, объема резекции и субъективно определялась «полезность» применения ФД. Флуоресценция отсутствовала в 5 наблюдениях (2 – Gr. I; 2 – Gr. II; 1 – Gr. III). В 16,6% случаев отмечена флуоресценция 1 степени (Gr. I-II), у остальных больных – 2-3 степени. В нашей группе не зарегистрированы клинически значимые побочные эффекты. Отмечалось транзиторное увеличение трансаминаз у 3-х детей в послеоперационном периоде. У трех девочек по истечению суток сохранялась повышенная фотосенсибилизация к свету, которая полностью регрессировала на третий день после операции.

Заключение: ФД является безопасным методом в детском возрасте и позволяет улучшить интраоперационную детекцию опухоли не только при первичном удалении, но и при ее повторном росте, в том числе, увеличивая тотальность удаления бластоматозной ткани. Возможно, однако, изменение степени флуоресценции при повторном росте опухоли. Необходимо дальнейшее изучение эффективности ФД у больных разного возраста с опухолями разной гистоструктуры и анаплазии при первичном и повторном росте.

Балацкий Е.Р., Клименко В.А., Журавлёва Ю.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Введение. Главными проблемами герниорафии больших вентральных грыж (БВГ) являются повышение внутрибрюшного давления (ВБД) с развитием абдоминального компартмент-синдрома (АКС). Профилактические меры имеют решающее значение для снижения риска летальности при АКС и включают множество хирургических приёмов и консервативных мероприятий. Хирургические методы наиболее значимы по эффективности, особенно в раннем послеоперационном периоде.

Цель: снижение риска развития осложнений и летальности, связанных с развитием АКС при хирургическом лечении БВГ путём применения комплексных мер профилактики.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов оперативного лечения 640 больных с вентральными грыжами в клинике общей хирургии №2 ГОО ВПО ДонНМУ на базе ЦГКБ №6 г. Донецка за период 2010-2021 гг. с выборкой из генеральной совокупности больных с большими (обширными и гигантскими) грыжами (n=42). Измеряли ВБД, рассчитывали абдоминальное перфузионное давление (АПД – разница между средним артериальным давлением и внутрибрюшным давлением).

Хирургические меры декомпрессии включали: использование ненатяжных способов герниопластики (n=42, 100%), назоинтестинальную интубацию кишечника (n=28, 66,7%), резекцию большого сальника (n=5, 11,9%), резекцию конгломерата петель тонкой кишки (n=5, 11,9%), декомпрессивную релапаротомию (n=4, 9,5%), управляемую лапаростомию (n=2, 4,8%). У всех больных завершали операцию с уровнем ВБД не превышающим критические значения (более 20 мм рт. ст.). Для сравнения уровня летальности использовали группу сравнения (n=18, полная выборка) с большими грыжами за период 2005-2010 гг., получавших лечение до периода учёта показателей ВБД, АПД и внедрения алгоритма декомпрессивных вмешательств.

Результаты и выводы. Разработан алгоритм лечения БВГ. Герниопластика без натяжения использовалась во всех случаях, предпочтение отдавали ретромускулярному (underlay) расположению протеза после расслоения влагалищ прямых мышц (n=29, 69,0%). Герниопластика без натяжения является обязательной в лечении больших вентральных грыж, наиболее часто её сочетали с назоинтестинальной интубацией (НИ). Ранее проведённые нами исследования показали высокую эффективность НИ, не только при наличии кишечной непроходимости. Включение НИ в лечебный комплекс позволяет уменьшить риск превышения пороговых значений внутрибрюшного давления к четвертым суткам в 2,8 раза ($R_1=0,077$, $R_2=0,273$, снижение относительного риска $RRR=0,667$) с нормализацией АПД к этому же времени у 96,4% больных, в отличие от больных без использования НИ (78,6%, снижение относительного риска $RRR=0,833$). Уровень летальности в основной группе и группе сравнения составил 11,9% (n=5) и 33,3% (n=6) соответственно ($R_1=0,119$, $R_2=0,333$, $RRR=0,643$, $95\%ДИ=0,125-1,021$; $p\leq 0,05$). Большую часть умерших в обеих группах составили больные с ущемлёнными и непрививыми грыжами с признаками кишечной непроходимости.

Таким образом, включение в комплекс герниорафии больших вентральных грыж методов хирургической декомпрессии позволяет значимо улучшить результаты лечения этой тяжёлой категории больных (снижение летальности в 2,8 раза).

Балобанова Н.П., Згерская Е.А., Абанина О.В.

НОЧУ ВО «Московский финансово-промышленный университет «Синергия», г. Москва

ПРЕДСТАВИТЕЛИ СЕМЕЙСТВА CAMRANULACEAE L. КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЕ РАСТЕНИЯ В ФАРМАЦИИ

Представители рода *Campanula* L. культивируются на протяжении многих лет, являются хорошими медоносами и перганоссами. Фитохимические исследования *C. trachelium* выявили в листьях колокольчика присутствие фенольных соединений, алкалоидов, сапонинов, терпеноидов, каротиноидов, пектиновых веществ. Сапонины в медицине применимы в качестве отхаркивающих, противовоспалительных, гипохолестеринемических средств. Пектиновые вещества применяются как гастропротекторы и антиканцерогены. Витаминный комплекс представлен аскорбиновой кислотой и каротиноидами, обладающих высокой антиоксидантной активностью. В настоящее время перорально применяется настой листьев, который рекомендуют для облегчения состояния больных эпилепсией (в спокойный период). Наружно используют настой травы при стоматитах, гингивитах, ангине (компрессы, обмывания и полоскания). Свежие листья (или высушенные и распаренные) прикладывают к коже при рожистом воспалении, фурункулах, язвах, панарициях и гнойных ранах.

При проведении исследования использовалось сырье растения *C. trachelium* средневозрастного генеративного состояния. Исследования выявили присутствие в надземной части колокольчиков фенольных соединений, алкалоидов, сапонинов, терпеноидов, дубильных веществ. Количество катехинов определяли спектрофотометрическим методом (при длине волны 504 нм). Количество флавоноидов определяли по методу, основанному на реакции комплексообразования с хлоридом алюминия. Плотность раствора измеряли на спектрофотометре при длине волны 415 нм. Концентрацию флавоноидов определяли по калибровочному графику, построенному по флавоноиду рутину. Содержание дубильных веществ определяли спектрофотометрическим методом с использованием 2%-ного водного раствора аммония молибденовокислого. Содержание сапонинов определяли весовым методом. Для определения содержания пектиновых веществ применяли карбазольный метод. Определение аскорбиновой кислоты проводили титриметрическим методом, основанным на ее редуцирующих свойствах (реакция Тильманса). Все показатели варьируют в зависимости от погодных условий. Исследованный вид имеет высокое содержание в надземных органах флавоноидов, танинов, сапонинов, пектиновых веществ, аскорбиновой кислоты и каротиноидов. Растение характеризуется относительно высоким содержанием в надземных органах флавоноидов, пектиновых веществ, сапонинов и могут рассматриваться в качестве источника получения этих групп биологически активных веществ. Благодаря высокому содержанию аскорбиновой кислоты, каротиноидов, пектиновых веществ колокольчики имеют кормовое значение, что применимо в сельском хозяйстве. Такие вещества, как сапонины, пектины, аскорбиновая кислота успешно применяются в терапии различных патологий. В настоящее время *C. trachelium* используется, в основном, в народной медицине.

По результатам проведенного исследования и на основании литературных данных возможно прогнозирование предположительных путей использования данного вида колокольчика в медицине или в фармацевтической промышленности.

Балюра О.В., Суков Д.А., Румянцев В.Н., Гребеньков В.Г., Еселевич Р.В., Агаханова М.Д.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫМИ ОПУХОЛЯМИ МАЛОГО ТАЗА

Цель: показать возможность использования технологии дополненной реальности (AR) при выполнении хирургических вмешательств по поводу осложненных местнораспространенных опухолей органов малого таза.

Материалы и методы: в 2022 году в клинике военно-морской хирургии Военно-медицинской академии и в отделении колопроктологии НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе оперированы 3 пациента с осложненными опухолями органов малого таза. В 2 случаях были диагностированы первичные рак мочевого пузыря с распадом и абсцедированием и рак мочеточника с гидронефрозом и гнойным пиелонефритом. В 1 случае выявили локорегионарный рецидив рака прямой кишки с гидронефрозом. На основании данных предоперационной спиральной компьютерной томографии пациентов были построены топографо-анатомические модели, которые с помощью AR-технологии использовались для интраоперационной навигации. Предоперационное планирование хирургического вмешательства и построение топографо-анатомической модели осуществлялись в ходе видеоконференции мультидисциплинарной командой, в состав которой входили хирург, онколог, специалист лучевой диагностики, уролог и IT-специалист. Модель проектировали на основании данных предоперационной КТ-ангиографии живота и малого таза с помощью программы «3D Slicer 4.13.0». Оценку AR-технологии осуществляли на основе средней длительности операций, объема кровопотери и их непосредственных результатов и уровня радикализма (R0-статус) и сравнивали с такими же показателями мультिवисцеральных резекций выполненных по традиционным методикам (n=30).

Результаты: Предоперационное виртуальное планирование операции позволяло детально оценить особенности местного распространения опухоли, определение точек её фиксации к органам и анато-

мическим образованиям малого таза, уточнение уровня лигирования магистральных сосудов, характера и объёма органных резекций. Интраоперационно, перед началом разрушительного этапа с помощью очков виртуальной реальности осуществили сопоставление топографо-анатомической модели с операционной картиной. В результате всех 3 эвисцераций с AR-поддержкой достигнут R0-статус, снизилась средняя длительность оперативного вмешательства и сократился объем интраоперационной кровопотери в сравнении с традиционными оперативными вмешательствами (с 212 минут до 185 минут и с 870 мл до 510 мл, соответственно).

Общие выводы: Интраоперационное применение AR-технологии продемонстрировало свою эффективность в упрощении хирургической навигации и в детализированном понимании анатомических особенностей малого таза. Наглядное уточнение топографо-анатомических взаимоотношений анатомических структур зоны оперативного вмешательства, уровня перевязки магистральных сосудов, а также точек фиксации и границ резекции местнораспространённой опухоли позволило повысить безопасность мультивисцеральных резекций и обеспечить их радикализм.

Бараненко Б.А., Золотухин С.Е., Шпаченко Н.Н., Бараненко В.Б.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АЛЛОГЕННОЙ ФЕТАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ ТКАНИ НА ОБМЕН НЕЙРОМЕДИАТОРОВ В МОЗГЕ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – одна из наиболее распространенных причин инвалидизации и смертности населения молодого и среднего возраста. ЧМТ вызывает первичные локальные и вторичные генерализованные органические изменения в нервной ткани, которые становятся фактором риска развития разнообразных отдаленных посттравматических осложнений в ЦНС и в организме в целом. Доказано, что их причиной является тканевый дефицит, который возникает в результате непосредственного разрушения нервной ткани в месте удара, и вторичный тканевый дефицит, который развивается в результате нарушения метаболических процессов и после ЧМТ. В настоящее время патогенетическая значимость апоптоза нейронов и нарушения нейромедиаторного обмена в формировании неврологического дефицита при тяжелой черепно-мозговой травме изучена недостаточно. Нуждается для оценки неврологического дефицита оценка нейротрансмиттерной дисфункции мозга, в частности, выявление содержания в коре левого (травмированного) и правого полушария, в гиппокампе, стриатуме, среднем мозге, гипоталамусе и продолговатом мозге количества дофамина (ДА), его метаболита гомованилиновой кислоты (ГВК), норадреналина (НА), серотонина (Сер), его метаболита 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-ГИУК), γ -аминомасляной кислоты (ГАМК). На нейромедиаторный обмен в головном мозге влияние фетальной нервной и мышечной ткани также изучены недостаточно, как и сроки оптимальной трансплантации стволовых клеток. Цель исследования: установить патогенетическое значение расстройств нейросекреции катехоламинов, γ -аминомасляной кислоты и их метаболитов в коре поврежденного полушария и отдаленных структурах головного мозга после тяжелой черепно-мозговой травмы и оценить эффективность их коррекции с помощью трансплантата сенсомоторной коры 18 – дневных эмбрионов крыс в эксперименте. Материал и методы исследования. Исследования выполнены на 76 беспородных половозрелых крысах весом 180-220 г. ТЧМТ у 56 крыс моделировали, нанося удар стандартной силы с помощью пружинного ударника по области черепа с повреждением левой доли коры головного мозга. Для исследования экспрессии гена Вах и содержания фосфолипидов в поврежденной коре головного мозга использовали 20 крыс. Фетальную нервную ткань (ФНТ) получали из мозга 18-ти дневных эмбрионов крыс. В первой группе (n=12) использовали цельную ткань головного мозга, во второй 2 мм³ суспензии клеток из сенсомоторной области коры мозга (n=12). В третьей группе в качестве контроля в область травмированного мозга вводили 2 мм³ фетальной мышечной ткани взятой из бедра крысят (n=12). Каждая группа была поровну разделена на две подгруппы. В первой подгруппе трансплантацию фетальных клеток проводили через 2 часа после моделирования тЧМТ, во второй подгруппе – через 5 суток. Ре-

зультаты и обсуждение. В работе установлено значение расстройств нейросекреции катехоламинов, γ -аминомасляной кислоты и их метаболитов в коре поврежденного полушария и отдаленных структурах головного мозга после тяжелой черепно-мозговой травмы и дана оценка эффективности их коррекции с помощью трансплантата сенсомоторной коры 18 – дневных эмбрионов крыс в эксперименте. Уточнено патогенетическое значение апоптоза нервных клеток в развитии неврологического дефицита при тяжелой ЧМТ. ФНТ, введенная в раннем периоде тЧМТ, восстанавливает, в частности, количество дофамина, норадреналина и ГАМК и почти не влияет на содержание серотонина. Клетки этой ткани способны дифференцироваться и интегрироваться в нейронные сети реципиента, а также производить необходимые трофические факторы. Выводы. Полученные результаты восстановления содержания нейромедиаторов в функциональных отделах головного мозга при трансплантации ткани сенсомоторной коры после тЧМТ являются основанием для апробации метода нейротрансплантации при тяжелой ЧМТ в клинической практике.

Баринов Э.Ф., Гиллер Д.И., Юрьева А.С., Васильченко А.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ИТОГОВОГО ЗАНЯТИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ, ЦИТОЛОГИИ И ЭМБРИОЛОГИИ

Актуальность темы. Для определения степени усвоения материала студенты проходят итоговое занятие в форме тестового контроля изученных тем. Разработан банк тестовых заданий по сердечно-сосудистой, эндокринной системам, а также органам кроветворения и иммунной защиты с целью определения качества овладения теоретическими знаниями по дисциплине «Гистология, цитология и эмбриология» при применении дистанционных образовательных технологий. Определение степени сложности тестовых заданий по данным системам позволяет сформировать общепрофессиональные компетенции и основы клинического мышления у будущих специалистов.

Цель: определить степень сложности тестовых заданий итогового занятия «Диагностика препаратов по сердечно-сосудистой, эндокринной системам и органам кроветворения и иммуногенеза» у студентов 2 курса по специальности «Лечебное дело», обучающихся на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии.

Материалы и методы. В исследование включены результаты тестовых заданий 431 студента, обучающегося на 2 курсе по специальности «Лечебное дело» с применением дистанционных образовательных технологий в осеннем семестре 2022 года. Общее количество тестовых заданий (ТЗ) формата А составило 394. Тестирование проходило на информационно-образовательной среде в разделе итоговое занятие, из которых 30 ТЗ в случайном порядке были представлены студентам. Общий банк вопросов по сердечно-сосудистой, эндокринной системам и органам кроветворения и иммунной защиты был представлен в соотношении: сердечно-сосудистая – 107 (27%), эндокринная – 118 (30%), органы кроветворения и иммунной защиты – 169 (43%).

Результаты исследования. В результате тестирования студентами были получены следующие оценки: средняя оценка первых попыток составила 3,38 (67,74%); медиана оценок для первых попыток – 3,48 (69,7%). Из 431 студента неудовлетворительные оценки (2,0) получил 31 учащийся. При детальном рассмотрении каждой из систем количество верных ответов, указанных студентами, в разделе сердечно-сосудистой системы составили 256 тестов (65%), в разделе эндокринной – 193 (49%), и в разделе кроветворения и иммунной защиты – 287 (73%). При этом количество неверных ответов, которые указали учащиеся в разделе сердечно-сосудистой системы, составило 138 (35%), эндокринной – 201 (51%), в органах кроветворения и иммунной защиты – 107 (27%). В процессе анализа были использованы такие показатели как индекс легкости и эффективность дискриминации. Индекс легкости для сердечно-сосудистой системы составил 62,94%, для эндокринной – 76,56%, для иммуногенеза – 72,6%. Эффективность дискриминации составила 25,2%, 32,2% и 30,67% соответственно.

Выводы. По результатам статистического отчета и анализа тестовых заданий было выявлено, что на эндокринную систему приходится самый высокий показатель степени сложности, что прямо пропорционально отражается в количестве неверных ответов, данных студентами. Показатель эффективности дискриминации отражает, что тестовые задания по сердечно-сосудистой системе не обладают достаточной дифференцирующей способностью. Содержание тестового контроля требует систематического мониторинга не только с целью определения сложности, но и валидности тестовых заданий. Это позволит скорректировать уровень усвояемости теоретического материала студентами.

Баринов Э.Ф., Перенесенко А.О., Юрьева А.С., Васильченко А.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АНАЛИЗ АКТИВАЦИИ АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ

Актуальность. Изучение регуляции многообразия сигнальных путей тромбоцитов (Тц) является фундаментальным положением в понимании функциональной активности Тц и лейкоцитов (Лц) при формировании межклеточных коопераций. Актуальным вопросом является определением количества функционально задействованных Тц, которые принимают участие в агрегации Тц и формировании тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов (ТЛА). Последние являются маркерами провоспалительной активности форменных элементов

Цель исследования – проанализировать взаимосвязь амплитудных характеристик Тц с формированием межклеточных коопераций Тц и Лц путем сопоставления функционально активных Тц.

Материалы и методы. Для исследования производился забор периферической крови и анализ агрегационной способности Тц на агрегометре ChronoLog в группе здоровых лиц (n=15). Критериями послужили амплитуда АТц (интегральный показатель АТц), Slope (скорость протекания внутриклеточных реакций), AUC (количество функционально активных Тц). Агрегатометрия проводилась по стандартному протоколу исследования. Параллельно проводилось изготовление мазков цельной крови по стандартной методике для изучения формирования тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов (ТЛА). Изучались агонисты различного механизма действия: (а) АДФ (5 мкл – 5 МкМ) – аутокринный фактор, который обеспечивает активация Тц по принципу inside – out; (б) адреналин (5 мкл – 10 МкМ) – системный гуморальный регулятор, который отражает реактивность организма вследствие активации симпатoadреналовой системы; (в) ФАТ (5 мкл – 150 МкМ) – секретлируемый Тц и являющимся мощным проагрегантным фактором, а также лейкоцитами (Лц) под влиянием фосфолипазы А2. Анализ полученных данных проведен с использованием статистического пакета MedCalc (MedCalcSoftware, 2022). Во всех случаях отличия считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. При стимуляции Тц адреналином в контрольной группе условно здоровых лиц выявлена тенденция к повышению количества ТЛА – на 23,7% ($p > 0,05$), по сравнению с количеством до стимуляции (что являлось базальным уровнем формирования ТЛА). АДФ воспроизводил увеличение количества ТЛА на 83,3%, по сравнению с их уровнем до инкубации ($p = 0,001$). Воздействие ФАТ сопровождалось увеличением численности ТЛА по сравнению с базальным уровнем на 79,3% ($p = 0,0001$). При активации адренорецепторов в группе условно здоровых лиц увеличение количества ТЛА находилось в зависимости не только от количества функционально активных Тц ($rAUC = 0,793$ ($P = 0,018$)), но и скорости внутриклеточных сигнальных реакций ($rSlope = 0,841$, $P = 0,008$). При стимуляции P2Y-рецептора коэффициент корреляции составил $rAUC = 0,891$ ($P = 0,007$). Данный показатель может быть продемонстрирован нарастанием тренда количества ТЛА при увеличении AUC и Slope ($rSlope = 0,935$, $P = 0,0019$). Так при индукции ФАТ количество активированных Тц коррелировало на уровне сильной степени ($rAUC = 0,935$ ($P = 0,002$)) с формированием ТЛА. При этом уровень показателя Slope при расчете взаимосвязей с формированием межклеточных коопераций составила $rSlope = 0,95$ ($P = 0,001$).

Вывод. Проведенный анализ свидетельствует, что в физиологических условиях внутриклеточная сигнализация, связанная с $\alpha 2$ -адренорецептором, воспроизводит меньше ТЛА, чем при воздействии на P2Y-рецепторы и ФАТ-рецепторы. Вероятно, данный путь внутриклеточной сигнализации явля-

ется менее эффективным в плане вовлечения в агрегацию резервных (неактивированных) Тц. Как следствие при адреналин-индуцированной АТц регистрируется менее значимая АUC. Можно предположить, что феномен сходства значений показателей агрегатограммы при агрегации Тц, индуцированной P2Y-рецептора и ФАТ связан с сигнализацией, повышающей содержание ионов Ca²⁺.

Баринов Э.Ф., Перенесенко А.О., Крахоткина Е.Д., Гиллер Д.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АНАЛИЗ ЗАВИСИМОСТИ АМПЛИТУДНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ СИГНАЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Актуальность. Изучение функциональной активности тромбоцитов (Тц) является важным патогенетическим звеном не только гемостаза, но и воспалительного процесса. В настоящее время отсутствуют данные, которые помогли бы трактовать изменение амплитудных характеристик агрегации Тц (АТц) при воздействии агонистами различного механизма, что могло быть ответом на вопрос о молекулярных путях активации Тц при хроническом воспалении.

Цель исследования – проанализировать амплитудные характеристики АТц у здоровых лиц и выявить наличие взаимосвязей между данными показателями.

Материалы и методы. Для исследования производился забор периферической крови и анализ агрегационной способности Тц на агрегометре ChronoLog. Критериями послужили амплитуда АТц (интегральный показатель АТц), LagTime (скорость отсрочки включения рецепторов), Slope (скорость внутриклеточных сигнальных реакций), АUC (количество функционально активных Тц). Изучались агонисты различного механизма действия: (а) АДФ – аутокринный фактор, который обеспечивает активацию Тц по принципу inside – out; (б) адреналин- системный гуморальный регулятор, который отражает реактивность организма вследствие активации симпатoadреналовой системы; (в) ФАТ – секретируемый Тц и являющимся мощным проагрегантным фактором, а также лейкоцитами (Лц) под влиянием фосфолипазы А2. Для анализа реактивности Тц использовали агонисты в эффективных концентрациях, которые соответствуют 50% агрегации Тц (EC50%): АДФ (5 мкМ), адреналин (10 мкМ), ФАТ (150 мкМ). Контрольным исследованием служила бедная тромбоцитами плазма. Анализ полученных данных проведен с использованием статистического пакета MedCalc (MedCalcSoftware, 2022). Во всех случаях отличия считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. В процессе исследования был поставлен вопрос, существуют ли взаимосвязи между амплитудными характеристиками агрегатограммы? Амплитуда АТц для трех указанных рецепторов (пуриновые, адренергические, ФАТ-рецепторы) находилась в диапазоне нормореактивности, т.е. при использовании EC50 агониста воспроизводится агрегация в диапазоне $50,0 \pm 5,0\%$. При индукции адреналином показатель Lag-time был обратно пропорционален Slope ($r = -0,735$, $P = 0,0018$) и АUC ($r = -0,778$, $P = 0,0006$), в то время как сами показатели Slope и АUC тесно коррелировали между собой ($r = 0,827$, $P = 0,0001$). При стимуляции пуриновых рецепторов Тц АДФ скорость связывания рецепторов с агонистом имела отрицательную корреляционную связь средней степени со скоростью внутриклеточной сигнализации ($r = -0,616$, $P = 0,0189$), однако не коррелировала с количеством активированных Тц. Показатель Slope положительно коррелировал с АUC ($r = 0,762$, $P = 0,0015$). При индукции ФАТ-рецепторов установлено, что скорость связывания рецепторов с агонистом также имела отрицательную корреляционную связь средней степени с показателем Slope ($r = -0,571$, $P = 0,0331$), при этом между показателями Slope и АUC имелся высокий уровень положительной корреляции ($r = 0,895$, $P < 0,001$). Следовательно, при использовании у здоровых лиц трех агонистов – адреналина, АДФ и ФАТ процесс агрегации является сопоставимым.

Вывод. Таким образом, необходимо констатировать, что в физиологических условиях минимальные значения Lagtime и отрицательная зависимость с Slope и АUC являются индикатором адекватно

функционирующего рецепторного аппарата Тц. Интересным представляется факт возможной суммации эффектов Gi+Gq-сигнального пути, который демонстрирует активация пуриновых рецепторов при индукции АДФ. Характерно, если судить по силе корреляционной связи, Gq-сигнальный путь (ФАТ) уступает Gi-сигнальному пути (активация адренорецепторов).

Баринов Э.Ф., Фабер Т.И., Ахундова С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВО ВНЕУЧЕБНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Внеучебная образовательная деятельность студентов является системным понятием и определяет комплекс различных занятий обучающихся, осуществляемых в свободное от учебных занятий время. Несмотря на то что основные формы внеучебной образовательной деятельности долгое время остаются неизменными: смотры, конкурсы, конференции, соревнования, фестивали, круглые столы, мастер-классы научной направленности, сегодняшнее состояние научно-технического прогресса предоставляет возможности использования огромного арсенала технических средств, которые повышают индивидуализацию и личностно-ориентированную направленность педагогического воздействия.

Технология внеучебной образовательной деятельности на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии ДонНМУ реализуется на базе программного продукта LMS MOODLE (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment). Технические возможности MOODLE: обмен файлами любых форматов; наличие форума и чата, для продуктивного взаимодействия преподавателя и студентов; информация о работе обучающихся и преподавателей; программные интерфейсы обеспечивают возможность работы людей разного образовательного уровня. Информационно-образовательная среда, является хорошим ресурсом знаний для работы студентов, управляемой преподавателем, благодаря чему достигается максимальное усвоение материала. Самостоятельная подготовка студентов обеспечивается разными способами подачи научного материала (текстовые лекции и/или лекции с сочетанием видео и аудиоэлементов, online видеоконсультации, обучающие видеозаписи с комментариями преподавателя). Наличие постоянно пополняющейся информации и обновляемого раздела кафедры на базе Moodle не вызывает существенных проблем реализации педагогического процесса при экстремальных ситуациях (эпидемиологическая ситуация, специальная военная операция). В разделе курса гистологии на платформе Moodle присутствуют разделы лекций, задания для самостоятельной подготовки (интерактивный блок с обучающими и контролирующими материалами), шаблон для выполнения полученных навыков и тестовый контроль. Эффективность обучения контролируется на Вебинарах – консультациях. Данный подход помогает решить ряд проблем, поскольку а) при изложении теоретического материала преподавателем, восприятие содержания учебной информации возрастает; б) открывается возможность индивидуализации обучения, поскольку студенты могут задавать вопросы; в) возможность объединения достаточного количества слушателей в решение конкретных клинических ситуаций; в) достигается корректировка умений дифференцировать здоровые клетки, ткани и органы, что позволяет успешно анализировать патологические процессы у пациента.

Использование дистанционных обучающих технологий на медико-биологических кафедрах университета позволяет обеспечить оптимальную организацию и, тем самым, повысить эффективность самостоятельной работы студентов на этапе подготовки к практическим занятиям. При этом корректное содержание учебного материала позволяет обеспечить накопление и систематизацию фундаментальных знаний медицины, на основе которых возможно формирование профессиональных компетенций у студентов 1-3 курсов медицинских ВУЗов.

Барулин А.Е., Михеева А.Н.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

РАЗРАБОТКА СПОСОБА КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА

Вертеброгенный болевой синдром является клиническим проявлением функциональных и органических поражений периферических и центральных отделов нервной системы при заболеваниях позвоночника и отражает причинно-следственную связь патологии позвоночника и её неврологической симптоматики.

Болевыми расстройствами, как правило, страдают люди трудоспособного возраста, что обуславливает экономическую и социальную значимость данной проблемы. Достоверная и надежная оценка интенсивности болевого синдрома имеет основополагающее значение для своевременной диагностики заболевания и раннего назначения эффективного лечения.

Один из серьезных методологических прорывов, значимых для медицины, клинической психологии, произошел, когда Джорджем Энгелем в 1977 г. была предложена холистическая биопсихосоциальная модель возникновения и течения психических расстройств, альтернативная общепринятому на тот период биомедицинскому подходу. В соответствии с этой концепцией боль представляет собой результат динамического взаимодействия биологических, психологических и социокультурных факторов. Для достижения успеха необходимо воздействовать не только на физиологические процессы, но и на когнитивные, эмоциональные и поведенческие факторы, связанные с хронической болью (Данилов А.Б., 2019).

Достоверная оценка интенсивности болевого синдрома имеет основополагающее значение для своевременной постановки точного диагноза и раннего назначения эффективного лечения. В связи с отсутствием объективизации оценки болевого синдрома, также является невозможной адекватная оценка эффективности проводимой терапии (Абузарова Г.Р., Невзорова Д.В., 2019). Проблемы, связанные с надежностью и достоверностью метода измерения боли, масштабом исследования и рандомизацией выборки, также объясняют неоднородность данных, представляемых разными исследователями (Загорулько О.И., Гнездилов А.В., 2016).

Целью нашего исследования является разработка метода объективной клиничко-инструментальной оценки наличия и степени выраженности хронического болевого синдрома с применением биопсихосоциального подхода. Для достижения поставленной цели нами будет обследовано: 200 практически здоровых лиц, 200 пациентов с хроническим вертеброгенным болевым синдромом, в том числе 50 пациентов с хроническим вертеброгенным болевым синдромом, возникшим на фоне перенесенной новой коронавирусной инфекции (SARS-CoV-2), в возрасте от 18 до 45 лет. В исследование будут включены пациенты с верифицированным хроническим болевым синдромом (ХБС). Хронический болевой синдром у пациентов установлен на основании данных клинического, нейроортопедического обследования, результатах нейровизуализационного исследования.

На основании проведенных исследований врачам терапевтического и хирургического профиля (терапевтам, неврологам, врачам общей врачебной практики) будут предложены практические рекомендации по клиничко-инструментальной диагностике интенсивности хронического болевого синдрома на основе адаптации биопсихосоциального подхода. Будут предложены критерии оценки интенсивности хронического болевого синдрома, что приведет к постановке более точного диагноза и выработке более эффективной стратегии лечения по сравнению с существующими методиками оценки болевого синдрома и позволит повысить эффективность терапии.

Басий Р.В., Багрий А.Э., Христуленко А.Л., Игнатъева В.В., Ващенко А.В

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОПОП ИНТЕРНАТУРЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Интернатура является формой последиplomной подготовки выпускников медицинских ВУЗов, после которой выпускникам присваивается квалификация врача-специалиста (провизора) по определённой специальности. Задачами интернатуры является повышение уровня теоретической и практической подготовки выпускников, их профессиональной готовности к самостоятельной врачебной деятельности.

Интернатура проводится на кафедрах Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» (ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО) и в базовых учреждениях Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (практика).

Основная профессиональная образовательная программа интернатуры (ОПОП интернатуры) – системно организованный комплекс учебно-методических документов, регламентирующий образовательный процесс в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО по определенной специальности. ОПОП интернатуры устанавливает цели, трудоемкость и срок освоения программы (72 ЗЕТ, 1 год), форму обучения, структуру ОПОП (дисциплины 24 ЗЕТ, практики 47 ЗЕТ, государственная итоговая аттестация 1 ЗЕТ); требования к поступающим в интернатуру, характеристика профессиональной деятельности выпускника интернатуры (перечень знаний, умений и владений врача-специалиста, планируемые результаты обучения. В обязательном порядке ОПОП интернатуры содержит компетенции выпускника интернатуры универсальные (общекультурные) и профессиональные, календарно-учебный график, учебный план, учебно-тематический план, нормативные документы для разработки программы, нормативно-методическое обеспечение системы оценки качества освоения обучающимися программы интернатуры, ресурсное обеспечение, материально-техническое обеспечение программы, кадровое обеспечение реализации ОПОП интернатуры по определенной специальности

В структуре подготовленных ранее учебных планов интернатуры на изучение профильной дисциплины отводилось неадекватное, и за частую недостаточное количество учебных часов. Количество учебных часов никак не коррелировало со спецификой специальности. Так на освоение акушерства-гинекологии, онкологии, терапии, травматологии и ортопедии, детской хирургии отводилось 288 часов (41% от всех аудиторных часов), а на освоение дерматовенерологии, неонатологии – 436 часов (62% от всех аудиторных часов), эпидемиологии 462 часа (66%).

Учебным отделом ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО совместно с деканатом ФИПО была проведена коррекция учебных планов интернатуры, общая трудоемкость ОПОП интернатуры не изменилась (5292 часа (72 ЗЕТ)). В результате интерны всех специальностей осваивают профильную дисциплину 702 часа (аудиторных часов 468), что составляет 81,25% всех учебных часов интернатуры (за исключением симуляционного курса, практики на заочных базах и ГИА). Оптимизированный учебный план по всем специальностям интернатуры содержит профильную дисциплину 702 часа (19,5 ЗЕТ), фундаментальные дисциплины 54 часа (1,5 ЗЕТ), смежные дисциплины 54 часа (1,5 ЗЕТ), дисциплины по выбору интерна 54 часа (1,5 ЗЕТ), государственную аттестацию 1 ЗЕТ, но основное время обучения посвящено практике: обучающий симуляционный курс 72 часа (2 ЗЕТ) и практике на заочных базах интернатуры 1620 часов (45 ЗЕТ).

Оптимизация ОПОП интернатуры способствует повышению качества обучения интернов.

Басий Р.В., Бешуля О.А., Скиба Д.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПОЧЕК У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ ЮНОШЕЙ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА

Количественные параметры почек – это совокупность показателей, характеризующих их морфологические и функциональные особенности. Сведения об изменчивости строения почек с учетом их взаимосвязи с антропометрическими параметрами способствуют улучшению представления об анатомической норме почек жителей Донецкого региона среди лиц различных конституциональных групп, а также могут учитываться при определении патологических процессов.

Цель работы: изучить показатели линейных и объемных размеров почек во взаимосвязи с соматотипами у лиц мужского пола юношеского возраста Донецкого региона.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 184 полипозиционных ультразвуковых скана почек условно здоровых лиц мужского пола юношеского возраста (17-22 года). Сканы получены в ходе исследования в В-режиме серой шкалы в стандартных положениях (на спине и боку) аппаратом Radmir, конвексным датчиком. Антропометрические измерения проводили по общепринятой методике В.В. Бунака (1941). Соматотипирование производили по схеме Шелдона в модификации Хит-Картера (2002). Полученные данные обрабатывали в программе Microsoft Excel 2019.

Результаты. Исследуемые были разделены на четыре группы, соответственно принадлежности к определенному соматотипу: эндо-мезоморфный соматотип (FOA) – 33 человека (36%), экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 26 участников (28%), мезо-экторморфный соматотип (BOC) – 23 человека (25%) и эндо-экторморфный соматотип (COD) – 10 исследуемых (11%). Были измерены такие параметры почек как длина, ширина, толщина, объем, площадь продольного и поперечного сечения. Для выявления значимых различий морфометрических характеристик левой и правой почек у представителей разных соматотипов использовали статистический непараметрический критерий для независимых выборок Манна-Уитни.

У юношей экто-мезоморфного соматотипа (AOB) длина левой почки в среднем составила $10,93 \pm 0,63$ см, что на 3% больше, чем правой ($10,64 \pm 0,62$, $p < 0,05$). Площадь продольного сечения левой почки имела средние показатели на уровне $47,76 \pm 6,95$ см² ($p < 0,05$), в то время как правой – $39,32 \pm 5,52$ см² ($p < 0,05$). Разница составила 19%. Площадь поперечного сечения слева ($29,78 \pm 5,97$ см²) превышала аналогичный показатель справа ($28,44 \pm 4,96$ см²) на 6% ($p < 0,05$).

У представители мезо-экторморфного соматотипа (BOC) левая почка в среднем имела длину $11,15 \pm 0,34$ см, что на 3% больше, чем правая ($10,79 \pm 0,41$, $p < 0,05$). Ширина левой почки в среднем составляла $5,75 \pm 0,22$ см, а правой на 2% меньше – $5,63 \pm 0,32$ см ($p < 0,05$). Толщина левой почки ($5,76 \pm 0,27$ см) превосходила данный показатель справа ($5,21 \pm 0,26$ см) на 10% ($p < 0,05$). Разница средних значений объема почек была на уровне 15%. Слева данный показатель составлял $194,52 \pm 15,53$ см³, а справа – $166,28 \pm 21,69$ см³ ($p < 0,05$). Площадь продольного сечения левой почки в среднем равнялась $43,95 \pm 2,38$ см², а правой – $38,77 \pm 4,47$ см². Площадь поперечного сечения слева была равна $28,04 \pm 2,01$ см², в то время как справа – $24,90 \pm 1,87$ см². Разница между обоими показателями составляла 12% ($p < 0,05$).

У лиц эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) левая почка ($11,29 \pm 0,67$ см) в среднем оказалась длиннее правой ($10,79 \pm 0,73$ см) на 5% ($p < 0,05$). Площадь продольного сечения с левой стороны равнялась $47,76 \pm 6,95$ см², что на 18% больше, чем с правой ($39,32 \pm 5,52$ см²) ($p < 0,05$). Ширина левой почки составила $5,81 \pm 0,61$ см, правая же оказалась на 3% шире ($6,00 \pm 0,48$ см) ($p < 0,05$).

У представителей эндо-экторморфного соматотипа (COD) статистически значимых различий не удалось выявить ни в одном из исследуемых показателей.

Выводы: установили доминирующие типы телосложения для юношей Донецкого региона. Выявили, что средние размеры левой почки у исследуемого контингента в основном превышают размеры правой почки ($p < 0,05$).

Басий Р.В., Бешуля О.А., Скиба Д.С., Волошин Н.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА

Цель: изучить количественные характеристики почек у женщин юношеского возраста Донецкого региона во взаимосвязи с соматотипами.

Материалы и методы: Объектом исследования явились 150 полипозиционных ультразвуковых скана почек условно здоровых лиц женского пола юношеского возраста (17-22 года). Антропометрические измерения проводили по общепринятой методике В.В.Бунака (1941). Соматотипирование производили по схеме Шелдона в модификации Хит-Картера (2002). Расчеты проводили в программе STATISTICA 16, полученные результаты заносили в таблицы при помощи Microsoft Office Excel 2016.

Результаты: На основании проведенных исследований были изучены особенности следующих количественных параметров почек: длины, ширины, толщины. На основании антропометрических признаков среди исследуемых лиц (75 человек) были выделены следующие соматотипы: экто-мезоморфный (АОВ) – 11 чел./ 14,66%; эндо-мезоморфный (FOA) – 33 чел./ 44%; эндо-эктоморфный (COD) – 31 чел./ 41,33%. Были установлены средние значения искомым параметров для каждого соматотипа.

У женщин экто-мезоморфного соматотипа (АОВ) средние значения длины левой почки составили $10,29 \pm 0,38$ см, max – 11,24 см, min – 9,79 см, ширины левой почки – $5,27 \pm 0,44$ см, max – 6,11 см, min – 4,63 см; толщины левой почки – $5,61 \pm 0,41$ см, max – 6,22 см, min – 4,80 см. Средние значения длины правой почки – $10,27 \pm 0,8$ см, max – 12,15 см, min – 8,98 см, ширины правой почки – $5,27 \pm 0,4$ см, max – 6,05 см, min – 4,62 см, толщины правой почки – $5,14 \pm 0,61$ см, max – 6,73 см, min – 4,48 см.

Среди лиц женского пола эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) средние значения длины левой почки составили $10,69 \pm 0,53$ см, max – 11,80 см, min – 9,58 см, ширины левой почки – $5,48 \pm 0,45$ см, max – 6,43 см, min – 4,43 см, толщины левой почки – $5,07 \pm 0,45$ см, max – 6,39 см, min – 4,35 см. Средние значения длины правой почки – $10,59 \pm 0,57$ см, max – 11,81 см, min – 9,58 см, ширины правой почки – $5,49 \pm 0,42$ см, max – 6,56 см, min – 4,78 см, толщины правой почки – $4,95 \pm 0,55$ см, max – 6,55 см, min – 3,97 см.

Для обследуемых эндо-эктоморфного соматотипа (COD) средние значения длины левой почки составили $10,50 \pm 0,64$ см, max – 12,62 см, min – 9,09 см, ширины левой почки – $5,41 \pm 0,43$ см, max – 6,21 см, min – 4,28 см, толщины левой почки – $5,39 \pm 0,52$ см, max – 6,97 см, min – 4,59 см. Средние значения длины правой почки – $10,56 \pm 0,7$ см, max – 12,62 см, min – 9,09 см, ширины правой почки – $5,52 \pm 0,51$ см, max – 6,92 см, min – 4,65 см, толщины правой почки – $4,99 \pm 0,54$ см, max – 6,50 см, min – 4,04 см.

В результате статистического анализа был установлен ряд достоверно значимых отличий:

- 1) длина левой почки у женщин юношеского возраста эндо-мезоморфного (FOA) телосложения в среднем на 3,84% больше, чем у женщин того же возраста экто-мезоморфного (АОВ) типа ($p < 0,05$);
- 2) толщина левой почки у женщин исследуемой группы экто-мезоморфного (АОВ) соматотипа в среднем на 10,82% больше, чем у женщин эндо-мезоморфного (FOA) типа ($p < 0,05$);
- 3) толщина левой почки у женщин юношеского возраста эндо-эктоморфного (COD) соматотипа в среднем на 6,42% больше, чем у женщин – эндо-эктоморфов (FOA) той же возрастной категории ($p < 0,05$).

Выводы: установлены статистически значимые отличия количественных параметров почки, таких как длина и толщина почки у женщин юношеского возраста Донецкого региона во взаимосвязи с соматотипологическими характеристиками.

Батищев М.Е., Бельчиков Н.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОБЛЕМЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Актуальность. В нынешней тяжёлой эпидемической ситуации за последние несколько лет встал вопрос о целесообразности дистанционной формы обучения как альтернативы очному варианту. Однако вместе с внедрением новой технологии возникают большие сомнения о качестве получаемых знаний и возможности обучения таким методом в принципе.

Цель исследования. Рассмотреть и провести анализ исследований, выявить и систематизировать основные проблемы, возникающие перед студентами и преподавателями в процессе осуществления дистанционного (электронного) обучения.

Результаты. Над проблемой независимо работали исследователи из ВУЗов России и СНГ: Жамкочьян С.С. (Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ), (Северо-Западный институт управления, г. Санкт-Петербург); Волков С.К. (Волгоградский государственный технический университет); Асмыкович И.К. (Белорусский государственный технологический университет, г. Минск); Осипов П.Н. (Казанский национальный исследовательский технологический университет); Ненюк Е.А. (Финансовый университет при Правительстве РФ, г. Москва). Исследования выявили ряд проблем дистанционного обучения (ДО). Самой главной проблемой ДО можно выделить полное уничтожение практической работы, что критично для тех профессий, которые подразумевают высокую ответственность за реализацию практических навыков, в частности медицина. Иной проблемой является недостаток живой речи между студентом и преподавателем, что в сочетании с недостаточной оперативностью и быстротой связи даёт эффект изоляции студента, когда он отдан самому себе и лишён менторской поддержки, что угнетает мотивацию к обучению. Иной раз проблемы ДО имеют методологический источник, так как современные школы зачастую не учат самостоятельному обучению, как итог студенты, особенно младших курсов, не могут разобраться, структурировать и понять огромные объёмы информации, что неминуемо демотивирует, заставляет чувствовать дискомфорт и страх перед выходом на серьёзное очное обучение, не говоря уже о невосполнимых пробелах в знаниях. Такие результаты дают более 50% опрошенных студентов из двух независимых исследований. Третьей весомой проблемой является несовершенные системы ДО, которые нуждаются в дальнейших доработках и наладках. Относительно проблем студентов можно было бы выделить несколько основных: «эффект стекла» и высокая отвлекаемость студента. Первая проблема выражается в отдалённости преподавателя, как будто он находится «за стеклом» (в другой комнате) что закономерно не располагает к концентрации, вкуче с множеством отвлекающих факторов (компьютерные игры, интернет, свобода доступа к хобби) значительно ухудшает качество получаемых знаний. Также ДО пагубно влияет на здоровье студента. Более чем у 70% студентов согласно опросам, возникли расстройства сна, депрессии, проблемы со зрением и позвоночником. Трудным моментом является несовершенство компьютерных средств ДО, проблема в большой зависимости от состояния интернет-сети, мощности серверов, на платформах которых стоят образовательные программы и сервисы, всевозможные сбои. Для некоторых преподавателей, в основном старшего и пожилого возраста возникли трудности с освоением средств проведения ДО. Проблема оказалась критична для университетов, чей преподавательский состав состоял на более чем 50% из преподавателей выше указанной категории. Отдельно необходимо отметить сложность, связанную с усилением нагрузки, связанной с сильно растянутым во времени выполнением проверочной работы, ведение новой документации, проведение онлайн занятий.

Выводы. Главные проблемы ДО: формирование психологических барьеров (эффект стекла» и высокая отвлекаемость, демотивация), техническая неполноценность современных программных средств, повышенная нагрузка на преподавателей, негативное влияние на здоровье студентов. Всё это ставит под сомнение суждение о том, что ДО является достойной, не говоря уже необходимой, альтернативой стандартной очной форме обучения. Конечно, в условиях пандемии даже такая альтернатива имеет главное значение, однако на ближайшую перспективу, необходимо искать пути решения вышеперечисленных проблем.

Батоцыренов Б.В., Лодягин А.Н., Лоладзе А.Т., Синенченко А.Г.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
г. Санкт-Петербург

КОРРЕКЦИЯ ГИПОКСИИ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЙ У БОЛЬНЫХ С ТОКСИКОГИПОКСИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Целью настоящей работы явилась оценка использования метаболического корректора цитофлавина в коррекции гипоксии и ее последствий у больных с наиболее тяжелыми формами токсикогипоксических поражений головного мозга вследствие острых отравлений.

Основной материал исследования составили клинические наблюдения и результаты специального комплексного обследования 134 больных с острыми тяжелыми отравлениями. Все больные госпитализировались в отделение реанимации ЦЛО НИИ СП им. И.И. Джанелидзе ввиду нарушения витальных функций: угнетения сознания до комы II-III степени, центральных нарушений функции внешнего дыхания, в связи с чем, всем больным проводилась ИВЛ. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа, в интенсивной терапии которой использовались метаболический корректор цитофлавин – 95 больных, в группу сравнения вошли 39 больных.

Исследование кислородного баланса и кислотно-основного состояния проводили на 1-е, 2-е и 3-и сутки нахождения больных в стационаре. Расчетные параметры газообмена, системы транспорта кислорода и КОС получали, используя формулы, приведенные в монографии Г.А. Рябова (1988). Уровень лактата и пирувата исследовали на 1, 2 и 3 сутки лечения больных.

Тяжелая токсикогипоксическая энцефалопатия с нарушением центральной регуляции дыхания и поражением респираторного компонента транспорта кислорода приводят к нарушениям доставки кислорода к тканям организма, которая является пусковым в развитии гипоксического состояния. Наиболее часто при острых отравлениях отмечено развитие смешанной гипоксии. Прогрессирование явлений гипоксии приводит к срыву адаптивных механизмов. Недостаточность кислородтранспортных систем, снижение процессов доставки кислорода к тканям на фоне повышения их кислородного запроса приводят к гипоксии тканей, наблюдаемой уже с момента поступления больных в стационар.

Наиболее полно антигипоксические эффекты цитофлавина отразились на показателях кислородного баланса организма и проявлялись на тканевом уровне, что подтверждается ростом таких показателей как потребление кислорода, коэффициент его использования и утилизации, артериовенозной разницы по кислороду. Со 2 суток проведения интенсивной терапии острых отравлений отмечены положительные сдвиги в показателях респираторного, объемного компонентов, что нельзя связать с их непосредственными фармакологическими эффектами на систему дыхания и кровообращения. На наш взгляд, коррекция звеньев транспорта кислорода достигалась за счет стабилизации энергетического статуса, где механизмы действия препарата заключаются в энергосубстратном эффекте в период тотального энергодефицита. Не менее важным является влияние препарата на восстановление утилизации кислорода тканями, уже пережившими гипоксию. Однако следует отметить, что эффективность цитофлавина проявлялась только в условиях адекватной доставки кислорода.

Данные исследований подтверждались клинической картиной течения острых отравлений. При включении в интенсивную терапию цитофлавина наблюдали сокращение длительности коматозного состояния, снижение количества развившихся осложнений, сокращение сроков нахождения в отделении реанимации.

Таким образом, использование цитофлавина в комплексе мер и интенсивной терапии у больных с токсикогипоксическими поражениями головного мозга приводит к снижению глубины тканевой гипоксии вследствие нормализации процессов утилизации кислорода тканями уже пережившими гипоксию и позитивные эффекты цитофлавина возможны только в условиях адекватной доставки кислорода к тканям.

Батоцыренов Ч.Б., Лодягин Г.А., Давыдова В.Ю., Синенченко А.Г.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург

КОРРЕКЦИЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРЕПАРАТОМ РЕАМБЕРИН В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НЕЙРОТРОПНЫМИ ЯДАМИ

Введение. В структуре острых отравлений в Российской Федерации отравления веществами нейротропного действия занимают ведущее место. Качественное оказание специализированной медицинской помощи на госпитальном этапе с учетом комплексного использования средств и методов этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии имеет решающее значение для положительного исхода острых отравлений у пациентов и уменьшения выраженности остаточных явлений и отдаленных последствий.

Нарушение процессов доставки и утилизации кислорода в тканях лежат в основе активации свободнорадикальных процессов и истощении резервов антирадикальной защиты, в том числе при критических состояниях, обусловленных острыми отравлениями нейротропными ядами (Ливанов Г.А. с соавт., 2001).

Целью настоящей работы явилась оценка влияния субстратного антигипоксанта реамберина на состояние систем антиоксидантной и антирадикальной защиты и активность свободнорадикальных процессов при тяжелых отравлениях веществами нейротропного действия.

Материалы и методы. В процессе выполнения работы было изучено 66 случаев отравлений тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести, в 35 случаях (I группа) проводилось изучение влияния препарата реамберин на состояние систем антиоксидантной и антирадикальной защиты и интенсивность процессов перекисного окисления липидов. Группу сравнения (группа II) составили больные с традиционной интенсивной терапией без включения в программу интенсивной терапии реамберина. В эритроцитах пациентов проводилось определение ряда показателей системы глутатиона и процессов ПОЛ: концентрации восстановленного глутатиона (ВГ) (G.L.Ellman (1959)) в модификации С.И.Глушкова (1998)), сульфгидрильных групп белков (СГ) (G.Bellomo (1990)), малонового диальдегида (МДА) (M.Uchiyama (1978)) и активности глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы (Г-6-Ф-ДГ) (A.Kornberg и соавт. (1955)), глутатион-редуктазы (ГР) (I.Carlborg и B.Mannervik (1985)), глутатионпероксидазы (ГП) (А.Н.Гаврилова (1986)) и каталазы (М.А.Королюк (1988)).

Результаты. В эритроцитах обеих групп пациентов на момент поступления отмечалось снижение содержания восстановленного глутатиона (ВГ) и повышение уровня малонового диальдегида (МДА) по сравнению с показателями здоровых доноров.

Через 12 часов после инфузии реамберина в эритроцитах лиц I исследуемой группы отмечалось повышение концентрации (ВГ) с $0,686 \pm 0,120$ до $1,140 \pm 0,131$ (ммоль/г гемоглобина), а концентрация МДА в эритроцитах пациентов I группы снижалась ($p < 0.05$) соответственно с $55,92 \pm 3,71$ до $43,02 \pm 4,56$ (нмоль/г гемоглобина). В эритроцитах пациентов II группы концентрация МДА продолжала нарастать и превышала показатели I группы в 1,64 раза ($p < 0.05$).

Применение реамберина приводило к полному или частичному восстановлению активности ферментов антиперекисной защиты. Через 12 часов после использования препарата активность глутатионпероксидазы в эритроцитах не отличалась от показателей здоровых доноров. Активность каталазы повышалась на 16,1% ($p < 0.05$) и превышала соответствующий показатель у лиц II группы на 22,3% ($p < 0.05$).

Таким образом, использование реамберина в комплексе мер интенсивной терапии у пациентов с тяжелыми формами острых отравлений нейротропными веществами приводило к более быстрому и выраженному повышению антиоксидантного потенциала и тем самым, более выраженному снижению активности процессов перекисного окисления липидов. На наш взгляд, данные эффекты достигались за счет снижения глубины гипоксии тканей вследствие нормализации процессов утилизации кислорода тканями.

Баулин А.А., Стручков А.С., Баулина О.А., Аверьянова Л.А., Баулина Н.В.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Пенза
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

Одна из важных задач медицины – создание в организациях, осуществляющих медицинскую помощь, благоприятной и безопасной среды пребывания для пациентов и персонала. Контроль и изучение заболеваемости внутрибольничными гнойно-септическими инфекциями продолжают сохранять свою актуальность в хирургической практике. Пациенты с гнойно-воспалительными осложнениями (ГВО) вынуждены находиться в стационаре в 2-3 раза дольше, чем пациенты без признаков инфекции с аналогичными заболеваниями, при этом показатели временной и постоянной потери трудоспособности таких больных увеличиваются, стоимость их лечения дорожает в 3-4 раза, высок риск увеличения летальности в 5-7 раз. Частота встречаемости в хирургической практике инфекций операционных ран на сегодняшний день сопоставима с эпохой до начала использования антибиотиков и находится в пределах от 3% до 45% и зависит от профиля отделения.

За 2021 г. ретроспективно проанализированы 1094 истории болезни пациентов, проходящих лечение в одном из двух отделений общей хирургии ГКБ им. Г.А. Захарьина. Из них 343 (31,4%) выписаны без операций, 91 (8,3%) – выполнены плановые операции, 660 (60,3%) – пациенты с экстренной хирургической патологией. У 106 (16,1%) пациентов с экстренной хирургической патологией развились ГВО. Достоверной разницы в частоте ГВО у пациентов разного пола выявлено не было. Чаще это были работающие люди (78%) старше 60 лет (42,8%). Среди осложнений по частоте встречаемости на первом месте оказался первичный или вторичный перитонит (16,7%); кишечная непроходимость (13,3%); серомы (13,3%); холангит (10,2%); несостоятельность швов (6,7%); абсцессы (6,7%); раковая интоксикация (6,7%); инфицированная гематома (3,3%); перфорация полого органа (3,3%); тифлит (3,3%); тотальное нагноение ран (3,3%); кахексия (3,3%); свищи (3,3%); анемия (3,3%); асцит (3,3%). На возбудители исследовались следующие среды: содержимое брюшной полости (77%), раневое отделяемое (10%), содержимое кист (5%), содержимое полости абсцесса (4%), моча (2%), наружные половые органы (1%) и отделяемое из трахеи (1%). Из очагов чаще всего высевалась *Escherichia coli* – 32,3%; *Klebsiella pneumoniae* – 14,3%; *Pseudomonas aeruginosa* – 9,9%; *Enterococcus faecalis* – 9,3%.

Таким образом несмотря на то, что в хирургический процесс активно внедряются малоинвазивные технологии и применяются современные средства антибиотикопрофилактики, ГВО продолжают присутствовать у пациентов общего хирургического профиля. Что требует пристального внимания хирургов, эпидемиологов, организаторов здравоохранения.

Баулин, А.А., Аверьянова Л.А., Билалов Б.К., Баулина О.А., Стародубцев В.А.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Пенза
ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД – Медицина» города Пенза, ЗКДЦ «Медиклиник», г. Пенза

НОВАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИДЕЯ В БОРЬБЕ С СИАМСКИМИ БЛИЗНЕЦАМИ – ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

На протяжении многих лет зарубежными и отечественными хирургами предлагались различные антирефлюксные операции. Наиболее популярными являются методики Ниссена, Тупе, Дора, Каншина-Черноусова, Хиля, флоппи-Ниссена, пластика сеткой и другие. Однако до сих пор во всех странах ведётся осторожный поиск новых подходов, включая внутрипросветные методики, имеются колебания «золотых стандартов».

На кафедре хирургии и эндоскопии им. проф. Н.А. Баулина разработан и запатентован «Способ хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы» (патент РФ 2431448). В период с 2018 по 2022 гг. изучены результаты у 126 оперированных (группа сравнения) по общепринятым антирефлюксным методикам (Ниссен, Черноусов, Тупе) и у 258 больных – по новой (основная группа). Одним из важнейших показателей оценки эффективности оперативного вмешательства считаем наличие послеоперационных осложнений. Оцениваемый нами спектр послеоперационных осложнений: боль, «газ-блоат синдром», дисфагия, диарея, изжога, икота, миграция имплантата, рецидив грыжи, стаз, пилороспазм, рефлюкс. Соотношение послеоперационных осложнений в основной группе (пациенты, оперированные по оригинальной методике) и группе сравнения (пациенты, оперированные по классическим методикам) было следующим (основная группа/группа сравнения):

- боль: кратковременная, требующая 1-2 инъекции кеторола / длительная, требующая повторного вмешательства (11%);

- «газ-блоат синдром»: 11% / 32%;

- дисфагия: 3% – кратковременная по типу «порожка»/ 24% – упорная, требующая длительного лечения и даже реоперации;

- диарея: нет / 6% – фактически не поддается терапии;

- изжога: возобновляется у 2%, причина – в оставшейся недостаточности кардии 1 степени / не проходит у 4%, возобновляется у 14%; причина в изначальной несостоятельности муфты или её сползании;

- икота: нет / 0,8% – консервативная терапия не эффективна;

- миграция имплантата: при использовании полипропилен (у 8%) – извлекли лапароскопически; при использовании ксеноперикард (у 4%) – деградирует под действием желудочного сока, остатки легко извлекаются из малых разрезов, возврата болезни не наблюдали / нет;

- рецидив грыжи: 0,8% / 18%, у 11% – потребовалась реоперация;

- стаз (дуоденостаз, гастростаз), пилороспазм: нет / чаще после операции по Черноусову, одному (0,8%) пациенту потребовалась гастрэктомия после безуспешной терапии;

- рефлюкс: 6% / 27%.

При анализе структуры послеоперационных осложнений выявлено очевидное преимущество новой методики. Наличие такого специфического осложнения как миграция имплантата требует поиска инертного материала, не вызывающего реакцию отторжения.

Бедина С.А., Мозговая Е.Э., Мамус М.А., Спицина С.С., Трофименко А.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского»

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ: ОБРАЗОВАНИЕ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ЛОВУШЕК НЕЙТРОФИЛОВ, АССОЦИИРОВАННОЕ С АКТИВАЦИЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся локальным и системным воспалением. Особый интерес в изучении РА представляют процессы, лежащие в основе индукции аутоиммунных реакций, направленных к клеточным и внеклеточным антигенам и их эпитопам. В качестве наиболее вероятного кандидата на роль таких структур можно рассматривать внеклеточные ловушки нейтрофилов (NET).

Цель исследования. Изучить спонтанное и ФМА-индуцированное образование NET в зависимости от периода заболевания у больных РА.

Материалы и методы. Основную группу составили 37 больных (6 мужчин и 31 женщина, средний возраст больных – 42,7 лет) ревматологического отделения ГУЗ «ГКБСМП №25» и клинко-диагностического отделения ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского» г. Волгограда с диагнозом РА согласно критериям ACR/EULAR 2010. 30 практически здоровых людей составили референтную группу. Нейтрофилы выделяли одноэтапным центрифугированием в ступенчатом градиенте йогек-

сола. Качественный состав нейтрофильной фракции оценивали методом микроскопии мазков, окрашенных по Май-Грюнвальду, жизнеспособность клеток – окрашивая их трипановым синим, степень активации – стандартным тестом с нитросиним тетразолием. Оценку спонтанного образования NET и в присутствии стимулятора производили с помощью флюоресцентной микроскопии. Статистическую обработку выполняли с использованием программы «STATISTICA 10.0». Статистически значимыми считали различия центральных тенденций при неперекрывающихся 95% ДИ.

Результаты/Обсуждение. На момент включения в исследование активность заболевания по DAS28 не превышала 2,6 балла. В ходе контроля активности РА при последующих визитах (через 3, 8 и 12 месяцев) зарегистрировано 16 случаев активизации РА с увеличением DAS28 выше 3,2 балла. У больных РА в состоянии ремиссии по сравнению с референтной группой обнаружена более высокая способность нейтрофилов к спонтанному и индуцированному образованию NET ($p=0,0014$ и $p<0,0001$, соответственно). Переход от ремиссии к активному РА характеризуется дальнейшим увеличением индуцированного и, особенно, спонтанного образования NETs ($p<0,0001$ для всех случаев). У больных с активным РА ($DAS28>3,2$) доля спонтанного и индуцированного образования ловушек нейтрофильными клеточными фракциями выше по сравнению с пациентами с неактивным РА ($DAS28<2,6$) ($p<0,0001$ для всех случаев). При этом, темп прироста спонтанного образования NETs выше индуцированного в 3,9 раза. В целом, на фоне активизации РА наблюдается статистически значимое увеличение спонтанного и индуцированного образования внеклеточных ловушек нейтрофилами по сравнению с показателями пациентов без существенного прироста активности РА. Активация спонтанной генерации нейтрофильных ловушек может свидетельствовать об образовании NETs у больных РА *in vivo* и участии нетоза в патогенезе заболевания.

Заключение. Таким образом, активизация аутоиммунного воспаления при РА сопровождается значительным ростом образования NETs, в особенности спонтанного. Вероятно, активность аутоиммунного ревматоидного процесса, оказывает существенное влияние на скорость и интенсивность образования внеклеточных сетей периферическими нейтрофилами. Полученные данные позволяют расценивать NETs как новый потенциальный диагностический и прогностический биомаркер.

Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.А.

Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА РФ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРАНИЦ И ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

Введение.

Базальноклеточный рак кожи (БКР) – самая распространенная злокачественная опухоль в структуре заболеваемости. Выделены различные клиничко-морфологические типы базалиом: поверхностная, узловая, микронодулярная, склеродермоподобная. Лечение и реабилитация пациентов с различными формами БКР имеет особенности в зависимости от глубины распространения и клиничко-морфологической формы опухоли.

Высокочастотное ультразвуковое исследование является одним из неинвазивных количественных методов для визуализации и измерения глубины инвазии базалиом.

Цель: установление количественные ВЧ УЗ критерии инструментальной оценки глубины инвазии базалиом на частотах 22 и 75

Материалы и методы.

Для установления количественных ВЧ УЗ признаков базалиом и верификации результатов ВЧ УЗ измерений провели сравнительное исследование 34 базалиом методами ВЧ УЗ визуализации 22 и 75 МГц и гистоморфометрии.

Результаты.

Описаны высокочастотные ультразвуковые признаки основных клиничко-морфологических форм базалиом: поверхностной, нодулярной, микронодулярной и склеродермоподобной.

Средняя толщина всех базалиом составила 1710(944) мкм при измерении высокочастотным ультразвуком и 1507(861) мкм при гистоморфометрии. Средняя толщина базалиом, определенная методом гистоморфометрии была незначительно меньше, но данные различия были недостоверны ($p > 0,05$). Установлена достоверная весьма высокая корреляция между результатами измерений толщины всех базалиом методом ВЧ УЗ визуализации и гистоморфометрическим методом, коэффициент корреляции Спирмена $R = 0,96$ ($p < 0,01$).

Таким образом, установленная в настоящем исследовании высокая и весьма высокая корреляция между результатами ВЧ УЗ исследования и гистоморфометрии подтверждает точность количественных измерений размеров и глубины инвазии базалиом при помощи высокочастотного ультразвука. Данная диагностическая информация необходима для полного удаления опухоли при максимальном сохранении окружающих здоровых тканей, а также имеет определенное прогностическое значение при планировании лечения пациентов с БКР.

Белик И.Е., Романенко К.В., Романенко В.Н., Ермилова Н.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ТРИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Прогноз качества жизни у больных кожной и системной красной волчанкой (ККВ, СКВ) во многом определяется активностью и тяжестью течения заболевания, а с точки зрения эстетической медицины наличием у больного рубцовой и нерубцовой алопеции.

Под наблюдением находились 218 больных, в т.ч. 115 больных ККВ в возрасте от 16 до 72 лет (в среднем $41,8 \pm 1,67$) и 103 больных СКВ в возрасте от 16 до 58 лет (в среднем $32,7 \pm 1,16$ лет). При сопоставлении поражений кожи при ККВ и СКВ алопеция была выявлена у 38,4% и 53,5% больных соответственно, причем, при СКВ преобладала нерубцовая алопеция, а при ККВ приблизительно одинаково часто встречались рубцовая и нерубцовая формы алопеции (17,2% и 25,9% соответственно).

Прогноз негативным признаком течения ККВ явилось наличие нерубцовой алопеции ($p < 0,001$ и $D = 6,71$), однако наиболее тяжело пациентами воспринималось формирование дискоидных очагов и рубцовой алопеции, а впоследствии невозможность восстановления волосяного покрова на коже головы. Прогноз восстановления роста волос в этом случае зависит от своевременно проведенной системной и локальной терапии. В связи с более выраженным и плотным соединительнотканым апоневрозом в области кожи волосистой части головы лекарственные препараты при системном лечении слабо поступают в эту зону, поэтому наряду с традиционной терапией, у больных ККВ в дискоидные очаги на волосистой части головы для профилактики развития рубцовой алопеции в стадии отека и инфильтрации внутриочагово вводили дипроспан 5 мг (1 ампула) 1 раз в 7 дней, № 2-3, или 5% р-р хлорохина 1-3 мл 1 раз в 5-7 дней на курс 4-20 инъекций.

Белик О.С., Корчин В.И.

БУ ВО «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», г. Ханты-Мансийск

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА И МИКРОНУТРИЕНТНОГО СТАТУСА У МУЖЧИН С ИНФЕРТИЛЬНОСТЬЮ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ-ЮГРЕ

Установлено, что в РФ доля мужского бесплодия в последние годы неуклонно растет и составляет почти 50% от нарушений репродуктивного здоровья населения. Неблагоприятная экологическая ситуация на территории с интенсивно развивающейся нефтегазодобывающей промышленностью в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре (ХМАО-Югра), гиподинамия, вредные привычки, гиповитаминоз, дисбаланс химических элементов, «полярный стресс» способствуют нарушению спер-

матогенеза у мужского трудоспособного населения фертильного возраста, проживающего в северном регионе.

Цель исследования: оценить физиологические особенности показателей окислительного метаболизма и содержание витаминов-антиоксидантов у мужского населения ХМАО-Югры и установить их роль в риске развития инфертильности.

Материал и методы исследования: было обследовано 120 мужчин в возрасте от 25 до 45 лет, которые были разделены на 2 группы. Контрольную (первую) группу составили 45 здоровых фертильных мужчин, имеющих 1-2 детей в возрасте от 1 года до 5 лет). Во вторую группу (группа сравнения) были отнесены 75 мужчин, которые обратились за консультацией в связи с тем, что состояли в бездетном браке от 2 до 10 лет. От всех обследуемых лиц было получено добровольное согласие на участие в комплексном исследовании репродуктивного статуса. Оценка состояния сперматогенеза проводилась с использованием общепринятой цитоморфологической методики анализа образцов эякулята. Для анализа состояния окислительного метаболизма у мужчин обеих групп в образцах крови и определяли концентрацию гидроперекисей липидов (ГПл) и уровень общей антиоксидантной активности (ОАА). Содержание витаминов А, Е и С выявляли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) с масс-селективным флуоресцентным детектированием на приборе «Agilent 1260 Infinity».

Результаты исследования. Установлены достоверные изменения показателей спермограммы, а именно: концентрация сперматозоидов в эякуляте у мужчин контрольной группы превышала в 1,8 раза таковую, свойственную представителям группы сравнения и составляла $134,7 \pm 5,12$ против $76,20 \pm 3,14$ млн/мл, $p < 0,001$. Общее количество сперматозоидов также значительно отличалось между представителями обеих групп. Достоин внимания тот факт, что у мужчин, которые были бесплодны в браке, морфологически полноценных форм сперматозоидов встречалось в 1,6 раза меньше сравнительно с представителями контрольной группы. Неблагоприятное влияние антропогенного фактора на репродуктивную функцию мужчин нашло также подтверждение и в оценке показателей состояния окислительного метаболизма, которые свидетельствовали об избыточном накоплении ГПл и снижении ОАА в крови. Сходные результаты были получены и при исследовании уровня витаминов – антиоксидантов у обследуемых лиц. Так, содержание витаминов (А, Е и С) было достоверно снижено у 72% мужчин, состоящих в бесплодном браке.

Таким образом, комплексное исследование репродуктивного здоровья мужского населения позволяет выявить ранние метаболические сдвиги: усиление липопероксидации и снижение активности антиоксидантной защиты в крови, дефицит содержания витаминов, особенно жирорастворимых. Полученные нами сведения создают предпосылки для разработки мероприятий, направленных на восстановление адаптационных ресурсов организма путем использования витаминно-минеральных препаратов с антиоксидантным спектром действия у мужчин с проявлениями идиопатической формы бесплодия.

Белоусов А.Ю., Бараненко Б.А., Киреев А.А., Ротарь Т.В., Чуприна А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА «ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА» У ДЕТЕЙ С КАУДАЛЬНЫМИ ДИЗРАФИЯМИ

Каудальные спинальные дизрафии (КСД) у детей имеют важное медико-социальное значение, являясь довольно распространенной врожденной патологией центральной нервной системы, влекущей за собой высокую инвалидизацию уже в раннем возрасте. Врожденным спинальным дизрафиям пояснично-крестцового отдела позвоночника в большинстве своем сопутствует грубый неврологический дефицит, обусловленный так называемым синдромом «фиксированного спинного мозга» (СФСМ), развивающимся в результате жесткой фиксации конуса спинного мозга (СМ) к дурально-

му мешку, что резко ограничивает физиологическую мобильность СМ при движениях позвоночного столба и препятствует возрастному изменению положения конуса СМ в позвоночном канале. СФСМ представляет собой комплекс неврологических (нижний парапарез или параплегия, чувствительные нарушения в промежности и в нижних конечностях), тазовых (задержка или недержание кала и мочи) и ортопедических (кифосколиоз, деформация стоп) нарушений, вызванных, как правило, механическими факторами, приводящими к ишемии нервной ткани и вторичному повреждению нервных волокон. Установлено, что причиной СФСМ у ребенка может быть как наличие врожденной каудальной спинальной дизрафии, так и перенесенное в прошлом оперативное вмешательство по поводу врожденной спинно-мозговой грыжи (СМГ), приведшее к формированию грубого рубцово-спаечного процесса в месте операции.

Объектом исследования явилась группа из шести детей с диагностированным СФСМ в возрасте от 1 года до 6 лет, у которых в разное время была выявлена КСД. Следует заметить, что двое детей (33,3%) из этой группы были оперированы в возрасте 20 дней и 2 месяцев соответственно по поводу миеломенингоградикулоцеле крестцового отдела позвоночника. Этим детям было произведено микрохирургическое удаление СМГ, мобилизация спинного мозга и корешков, пластика грыжевых ворот. Нарушения, связанные с СФСМ и проявляющиеся вялым парапарезом и нарушением функции тазовых органов, у этих детей появились в возрасте 8 месяцев и 6 лет соответственно. Примечательно, что у второго ребенка отмечалась симптоматика нейрогенного мочевого пузыря, в то время как другой неврологический дефицит отсутствовал. Обоим детям своевременно и в полном объеме была выполнена микрохирургическая дефиксация спинного мозга и корешков с пересечением терминальной нити и использованием тефлоновых протекторов, препятствующих развитию вторичного рубцово-спаечного процесса. В послеоперационном периоде у детей отмечался полный регресс неврологического дефицита. Хирургическое вмешательство проводилось с обязательным интраоперационным использованием нейрофизиологического мониторинга, что способствовало быстрой и правильной идентификации спинальных корешков и терминальной нити с последующим ее пересечением.

В ходе клинических исследований установлено, что у четверых детей (66,7% от общего числа детей с выявленным СФСМ) характерная патологическая неврологическая симптоматика была отмечена в возрасте более одного года и проявлялась, в основном, двигательными расстройствами в нижних конечностях в виде вялого нижнего парапареза и нарушениями функции тазовых органов. По результатам магнитно-резонансной томографии у трех детей (75%) была выявлена липома пояснично-крестцового отдела позвоночника с экстра-интрадуральным ростом и только у одного ребенка (25%) выявлена врожденная патология спинного мозга – диастематомия. Детям с экстра-интрадуральными липомами произведено микрохирургическое удаление новообразования, мобилизация спинного мозга и корешков с пластикой дурального мешка. Ребенку с выявленной диастематомией была выполнена резекция расположенного в позвоночном канале костного гребня с последующей микрохирургической дефиксацией и мобилизацией СМ. Во всех случаях у детей отмечался регресс нарушений функций тазовых органов.

Делая выводы из перечисленных выше клинических исследований, следует отметить, что своевременная диагностика врожденных КСД и выбор оптимального оперативного пособия при такой патологии играют важную роль, которую сложно переоценить. Из приведенных выше наблюдений следует, что в послеоперационном периоде у детей наибольшему регрессу подверглись такие клинические проявления СФСМ, как расстройства мочеиспускания, нарушение чувствительности в нижних конечностях и промежности, нарушение двигательных функций. Положительная динамика их изменений указывает на вероятную обратимость патологических неврологических расстройств и доказывает патогенетическую роль оперативного вмешательства, устраняющего нарушение локального спинального кровообращения на фоне механического натяжения спинного мозга.

Белоусов А.Ю., Бараненко Б.А., Чернявский А.Р.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ КРАНИОТОМИЯ КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМНЫХ И НЕСИНДРОМНЫХ КРАНИОСИНОСТОЗОВ У ДЕТЕЙ

Под краниосиностомом (КС) у детей подразумевают преждевременное полное или частичное заращение одного или нескольких швов черепа, что приводит к грубой, характерной для каждой формы КС, деформации головы с вторичным поражением головного мозга на фоне прогрессирующей внутричерепной гипертензии. Различные формы КС являются достаточно распространенной нозологией среди пороков развития центральной нервной системы у детей раннего возраста (1 случай на 2000 новорожденных) и поэтому правильная диагностика и своевременная хирургическая коррекция КС является одной из наиболее актуальных и важных проблем в детской нейрохирургии.

Все формы КС, в зависимости от того считаются ли они самостоятельной нозологией или, как отдельные синдромы, включены в какое-либо определенное генетическое заболевание, делятся на несиндромные краниосиностомозы (НКС) и синдромные краниосиностомозы (СКС). Последняя форма КС в настоящее время является достаточно редкой патологией, а поэтому раннее выявление и диагностика КС у детей первых месяцев жизни являются важными в работе специалистов детского профиля (генетиков, педиатров, детских неврологов) и не теряют своей актуальности сейчас, когда методы своевременной диагностики и ранней хирургической коррекции такой патологии у детей раннего возраста стремительно совершенствуются.

За период с 2014 по 2021 годы в условиях нейрохирургического отделения № 2 Донецкого Клинического Территориального Медицинского Объединения (ДОКТМО) прооперировано 13 детей в возрасте от 3 месяцев до 2,5 лет с различными формами КС. При этом у 10 детей (77%) был выявлен НКС, тогда как СКС был диагностирован только у 3 детей (23%). Варианты СКС у детей не повторялись и соответствовали синдромам Крузона (1 ребенок), Пфайффера (1 ребенок) и Аперта (1 ребенок). Примечательно, что последние две формы СКС были диагностированы уже на достаточно поздних сроках – в возрасте полутора и двух с половиной лет соответственно и только один случай СКС с типичными кранио-фациальным дизостозом, глазничным гипертелоризмом и экзофтальмом был диагностирован генетиками у ребенка в возрасте 5 месяцев.

Среди всех случаев КС значительная часть (77%) приходилась на НКС, которые, в зависимости от количества преждевременно заращенных швов черепа, принято делить на простые и сложные (комбинированные) формы. Обращает на себя внимание тот факт, что абсолютно все формы комбинированных НКС, выявленные у трех детей в возрасте до полугода, проявлялись преждевременным заращением только сагиттального и метопического швов и составили 30% от общего числа НКС. В ходе клинических наблюдений установлено, что наиболее распространенным вариантом простого КС, выявленным у шестерых детей (86% от общего числа простых форм КС) в возрасте от 3 до 6 месяцев, является сагиттальный КС с типичной деформацией головы по типу скафоцефалии и только у одного ребенка (14% от общего числа простых форм КС) достаточно поздно, в возрасте 5 месяцев, был выявлен бикоронарный краниосиностомоз с типичной брахицефалией.

Особого отдельного внимания заслуживает рассмотрение вопроса хирургической коррекции различных простых и сложных форм КС. Следует отметить, что абсолютно все дети с диагностированными КС были оперированы, однако, реконструктивные краниотомии детям проводились в различном возрастном диапазоне, что более являлось неизбежностью, нежели общепринятым стандартом в оказании специализированной нейрохирургической помощи таким детям и было обусловлено несвоевременной, неполной, а иногда и абсолютно неправильной диагностикой КС. Весомая часть пациентов, а это 16% от общего числа прооперированных в ДОКТМО детей с КС, были первично направлены к детскому нейрохирургу уже в возрасте старше полутора лет, что является абсолютно недопустимым, ведь выполнение реконструктивной краниотомии в должном объеме и на максимально ранних сроках (3-5 месяцев жизни), учитывая пластичность костей черепа, обеспечивает достижение наиболее благоприятного косметического эффекта от проведенного вмешательства, минимизацию вероятности повторных реконструктивных краниотомий у этого же ребенка и предотвращение появления стойкого неврологического дефицита.

Белюсов А.Ю., Бараненко Б.А., Чернявский А.Р., Дядичев С.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ СПИННО-МОЗГОВЫХ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Изучение особенностей клиники, диагностики и хирургических методов лечения пороков развития центральной нервной системы (ЦНС), составляющих весомую часть среди всех врожденных пороков развития у детей, не теряет своей важности и актуальности сейчас, когда диагностика таких заболеваний возможна уже в антенатальном периоде. Среди пороков развития ЦНС у детей спинно-мозговые грыжи (СМГ), как вариант спинальной дизрафии, достаточно распространены и заслуживают особого внимания.

Под СМГ у детей подразумевают врожденный порок развития позвоночного столба, спинного мозга и окружающих его оболочек, при котором происходит незаращение одной или нескольких дужек смежных позвонков с формированием дорзального грыжевого выпячивания, содержимым которого являются спинной мозг, спинальные нервные корешки и мозговые оболочки и развитием характерного, выраженного в той или иной степени, неврологического дефицита. Появление и прогрессирование неврологической симптоматики у данной категории детей обусловлено синдромом фиксированного спинного мозга, в широком смысле включающим в себя комплекс неврологических, урологических и ортопедических нарушений. Рассмотрение вопросов диагностики и хирургического лечения детей с врожденными СМГ является еще и актуальной медико-социальной проблемой, т.к. вероятность инвалидизации таких детей остается достаточно высокой даже при правильной диагностике и своевременном проведении оперативного вмешательства.

За период с 2014 по 2021 годы в нейрохирургическом отделении № 2 Донецкого Клинического Территориального Медицинского Объединения (ДОКТМО) оперировано 20 детей с врожденными СМГ. Открытые формы СМГ были выявлены у абсолютного большинства пациентов (17 детей) и составили 85% от общего числа детей с врожденными СМГ и только у 15% детей были выявлены закрытые формы врожденных СМГ с наличием экстра-интрадуральных липом. Следует отметить, что 10 детей (59%) с открытыми формами врожденных СМГ были оперированы в течение первых суток жизни. Причинами проведения оперативных вмешательств на столь ранних сроках послужили риск появления ликвореи из грыжевого мешка и высокая вероятность развития связанных с этим гнойно-септических осложнений. Нельзя оставить без внимания и тот факт, что абсолютно все формы открытых СМГ представляли собой миеломенингоградикулоцеле и абсолютное их большинство (95%) было диагностировано еще в антенатальном периоде при скрининговом исследовании плода, что при прочих равных условиях обосновывало родоразрешение путем операции кесарева сечения. Также спинальные дизрафии у оперированных в нейрохирургическом отделении № 2 ДОКТМО детей довольно часто сочетались с врожденными пороками развития головного мозга. У семерых детей (35%) была диагностирована патология кранио-вертебрального перехода – аномалия Арнольда-Киари, у шестерых детей (30%) – врожденная гидроцефалия.

Учитывая довольно большую распространенность врожденных СМГ, актуальным является и вопрос своевременной и правильной хирургической коррекции данной патологии. Проведение оперативного вмешательства по иссечению грыжевого мешка, дефиксации и мобилизации спинного мозга и спинальных корешков, пластики грыжевых ворот дубликатурой мышечно-фасциального лоскута проводилось, как «золотой стандарт», с использованием микрохирургической техники и было выполнено абсолютно всем детям, состоящим на стационарном лечении в ДОКТМО по поводу врожденных СМГ. Применение микрохирургической техники при хирургической коррекции такой патологии обеспечивало минимальную травматизацию нервных структур, максимально полную мобилизацию спинного мозга и спинальных корешков, а, следовательно, и минимизировало риск появления или прогрессирования уже имеющегося у новорожденного неврологического дефицита, связанного с синдромом фиксированного спинного мозга, проявляющегося чаще всего нижней параплегией, (у 87,5% детей) и нарушением функции тазовых органов (у 12,5% детей). После проведенного опера-

тивного вмешательства полный регресс неврологической симптоматики отмечался у 30% новорожденных детей. В 70% случаев у детей сохранялся выраженный в той или иной степени неврологический дефицит, выявленный еще на дооперационном этапе диагностики и обусловленный тяжестью врожденного порока развития.

Беляков И.М.

НОЧУ ВО «Московский финансово-промышленный университет «Синергия», г. Москва

ИММУННАЯ СИСТЕМА СЛИЗИСТЫХ И РАЗВИТИЕ МУКОЗАЛЬНЫХ ВАКЦИН

Способ введения вакцин является важнейшим фактором, оказывающим влияние на иммунный ответ в месте проникновения возбудителя инфекции и где защитные механизмы являются наиболее востребованными и эффективными. Механизмы иммунологической защиты слизистых значительно зависят от вида возбудителя. Для острых вирусных инфекций, высокий титр вируснейтрализующих антител, проникающих в паренхиму тканей или в просвет слизистых, является достаточным условием для нейтрализации свободных вирусных частиц. В тоже время, для возбудителей хронических инфекций, в том числе, для вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), вируса гепатита С (ВГС), вируса герпеса, патогенных микобактерий, грибов и паразитов, одного звена иммунитета может быть недостаточно для формирования полноценной защиты после вакцинации. Формирование иммунного ответа в слизистых, включающего CD4+ T help, Th17, высокоавидные цитотоксические Т лимфоциты (ЦТЛ) CD8+, секреторные IgA и нейтрализующие IgG1 антитела продуцируемые локально, в месте ворот инфекции, могут быть необходимы для эффекта вакцин направленных против возбудителей хронических инфекций. В этой связи, развитие мукозальных вакцин, вводимых через слизистые поверхности, является одним из наиболее перспективных.

ВИЧ передается преимущественно через поверхности слизистых при половых контактах (гомо- и гетеросексуальных). В настоящем неизвестна роль CD8+ЦТЛ в блокировке или снижении вирусной трансмиссии с места проникновения (из слизистых половых органов) в системную циркуляцию. Роль авидности CD8+ЦТЛ в трансмиссии ВИЧ также не известна. Наши исследования показали, что вакцинация через слизистые способна индуцировать высокоавидные CD8+ЦТЛ в слизистых, которые способны оказывать давление на SHIV-ku2 – химерный вирус (HIV-1 ШИВ и SIV mac 239), который является патогенным для Макак-резус. Установлено, что эффективность вакцинации прямо коррелирует с высокофункциональными и высокоавидными Т-лимфоцитами в слизистых, но не с активностью лимфоидных клеток в системной циркуляции. Таким образом, разработка эффективных мукозальных вакцин является важнейшей задачей современной вакцинологии и медицинской науки в целом.

Бердовская А.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

ГЕМОГРАММА ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ ЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

Внутриутробная гипоксия плода может являться причиной нарушения механизмов регуляции кислородозависимых систем энергообеспечения, что приводит к снижению стрессорной устойчивости организма ребенка, ограничению компенсаторно-приспособительных возможностей.

В группе риска всегда находятся недоношенные дети и дети, родившиеся с очень большой массой, дети с лимфатико-гипопластическим типом конституции.

Цель исследования: выявить были ли изменения гемограммы у детей первого года жизни при нормально протекающей беременности и при осложненном течении беременности.

Материалы и методы. Проанализированы данные гемограммы 60 детей первого года жизни, поступивших в соматические отделения УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница». Были изучены акушерский анамнез, особенности течения беременности и родов.

Результаты. Среди детей было 65% мальчиков и 35% девочек. Средний возраст составил $5,8 \pm 2,79$ месяцев.

В 50% случаев дети рождены от первой беременности, 23% – от второй, 18% – от третьей, 9% – от четвертой и более беременности. 57% – от первых родов, 37% – от вторых, 7% – от третьих и более родов.

5,2% детей родились недоношенными. Масса тела при рождении составила $3317 \pm 254,0$ грамм. Минимальный вес ребенка был 1300,0 грамм.

Во всех случаях отмечалось неблагоприятное течение беременности, сопровождающееся фетоплацентарной недостаточностью. У 31,25% женщин отмечался отягощенный акушерский анамнез. В 2,1% отмечены кровопотери в родах. У 8,33% беременных была выявлена анемия различной степени.

После рождения 17 младенцам проводились гемотрансфузии: 4 детям – однократно, 13 – неоднократно. Осложнений после гемотрансфузии не было.

На грудном вскармливании находилось 76% детей, 20,4% с рождения были на искусственном вскармливании, на смешанном – 2,1% детей. 1 ребенок с рождения получал цельное коровье молоко.

В 15,6% случаев отягощенный аллергологический анамнез. Наблюдались изменения со стороны пищеварительной – 17,2%, дыхательной – 29,2%, мочево- 24%, сердечно-сосудистой – 17,7% и нервной систем – 9,4% случаев.

У 63% выявлен синдром двигательных расстройств, 15% – судорожный синдром, 18% – гидроцефальный синдром, 4% – генетические аномалии, сопровождающиеся изменениями со стороны нервной системы.

При анализе гемограммы выявлены следующие изменения. 35% младенцев имели анемию. Из них 95% легкой (средний уровень гемоглобина – 102 ± 4 г/л), 5% средней степени тяжести (средний уровень гемоглобина – 84 ± 4 г/л). В 87% случаев диагноз анемии был установлен при госпитализации в соматическое отделение впервые, в 13% – амбулаторно. Из них лишь 44% получали терапию препаратами железа.

В 32% случаев в крови отмечалась нейтропения различной степени, 16% имели эозинофилию, 2% тромбоцитопению, 16% тромбоцитоз.

Таким образом, у младенцев матерей с осложненным течением беременности в 35% случаев выставлен диагноз анемии. В 87% случаев анемия диагностирована впервые при обследовании в стационаре.

Бердыш Д.С., Павленко С.Г., Марченко Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет», г. Майкоп

ПРИМЕНЕНИЕ ПОРОШКОВ ПЕКТИНОВ В ГЕМОСТАЗЕ РАН ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Пектины широко применяются в разных отраслях жизни. В пищевой промышленности пектины применяются, как загустители, в медицине, при лечении заболеваний ЖКТ, при отравлении тяжелыми металлами, при сахарном диабете и многом другом. В хирургии, пектины нашли свое место, как альтернативный, быстрый и безопасный метод остановки кровотечения из паренхиматозных органов, из таких как печень и почки. При проведении секторальных резекций органов, остаются открытые раневые поверхности, которые должны подвергаться электро- или термокоагуляции, либо прошиванию нитями для обеспечения гемостаза. Но у этих методов есть свои недостатки, такие как: термическое повреждение тканей с дальнейшим развитием некроза, шоковые состояния, имбиция ткани, кровоизлияния в ткань органа, прорезание нитей сквозь орган. Применение порошков пектинов в

качестве метода гемостаза на открытой раневой поверхности решают эти проблемы. В серии различных экспериментах на *in vivo* (лабораторные животные) и *in vitro* (образцы свежей человеческой крови) было доказано следующее:

- Порошки пектинов обладают антибактериальными и противовоспалительными свойствами. При изучении гистологических образцов не наблюдаются компоненты воспаления.

- Выраженный гемостатический механизм. При нанесении порошка пектина на кровоточащую поверхность гемостаз наступает в течение нескольких секунд.

- Активации гемостаза происходит в пределах адсорбции порошка пектина, что исключает риск тромбоэмболии.

- Органы не требуют ушивания и применения дополнительных гемостатических методов.

- Повышают скорость заживления и регенерацию органов.

- Просты в применении и не требуют специальных навыков и оборудования.

Таким образом, пользуясь лабораторными опытными данными, можно с уверенностью сказать, что пектиновые порошки доказали свою надежность и эффективность, при остановке кровотечения из паренхиматозных органов.

Берест А.О.

ГБУ ВО Академия МВД ДНР имени Ф.Э. Дзержинского

К ВОПРОСУ О БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Одним из главных базисов безопасности государства является здоровье ее граждан и состояние среды их обитания. Человек, как биологический вид, являясь продуктом эволюции, может существовать лишь в узких пределах параметров среды, обеспечивающихся функционированием всего биосферного комплекса. Поэтому будущее не только отдельно взятой нации, но и всего человечества, связано не столько с наличием используемых ресурсов и их запасов, сколько с сохранением условий, пригодных для жизни. Донецкая Народная Республика (далее ДНР) с апреля 2014 г. постоянно сталкивается с различными угрозами своей безопасности, которые распространяются на все сферы общественной жизнедеятельности: экономическую, оборонную, экологическую, информационную, духовно-культурную, промышленно-технологическую и т.д. Обеспечение безопасности является одним из главных направлений государственной политики ДНР. Основу необходимого уровня защищенности от биологических угроз составляет адекватная система правовых норм, регулирующих отношения в сфере безопасности, согласованная деятельность органов государственной власти и управления в этой области, а также деятельность органов обеспечения безопасности, включая систему общественного здравоохранения и государственного санитарно-эпидемиологического надзора. На территории ДНР за период боевых действий накоплен богатый противоэпидемический опыт, который с успехом можно использовать в медицинском обеспечении последующих крупных военных операций. Боевые действия характеризуются большим скоплением людских континентов на ограниченной территории, нарушением нормального коммунально-бытового обслуживания, почти полным прекращением работы гражданских органов здравоохранения, крайним загрязнением армейского и фронтового районов и т.п. Совместными действиями органов военного управления, военного и гражданского здравоохранения удалось предотвратить развитие крупных эпидемических вспышек в войсках действующих армий, хотя эпидемическая обстановка является предельно напряженной. Термин «биологическая безопасность» – относительно новый термин для юридической науки, с достаточно нестабильным содержанием и в законодательстве ДНР вообще не используется. Понятие «биологической безопасности» дано в ст.1 Федерального закона от 30 декабря 2020 г. № 492-ФЗ «О биологической безопасности в Российской Федерации», под которой понимается состояние защищенности населения и окружающей среды от воздействия опасных биологических факторов, при котором обеспечивается допустимый уровень биологического риска. Подробный перечень основных биологических угроз содержится в ст. 8 указанного Федерального закона, а также в Указе Президента РФ от 11

марта 2019 г. № 97 «Об Основах государственной политики Российской Федерации в области обеспечения химической и биологической безопасности на период до 2025 года и дальнейшую перспективу». Речь идет о таких угрозах, как возникновение и распространение новых смертельных инфекций, распространение инфекций животных и растений, причиняющих вред окружающей среде, паразитарных болезней, спонтанных инфекций; проектирование и создание патогенов с помощью технологий синтетической биологии; возникновение опаснейших мутаций; разработка генно-инженерных технологий; распространение резистентности и др. Если термин «биологическая безопасность» трактовать как защищенность населения и окружающей среды от воздействия опасных биологических факторов, то положения ст.ст.4,30,34,35 Конституции ДНР, гарантирующие права граждан, в т.ч. на, благоприятную окружающую среду, экологическое и санитарно-эпидемиологическое благополучие, охрану здоровья и медицинскую помощь, на труд, отвечающий требованиям безопасности и гигиены, можно отнести к правовым нормам, регулирующим биологическую безопасность. Таким образом, вопросы биологической безопасности актуальны для многих областей народного хозяйства, а именно: безопасность лекарственных средств (химическое и биологическое загрязнения, фальсификация); безопасность пищевых продуктов; безопасность микробиологических лабораторий и производств; экологическая безопасность (изменение биологического разнообразия, нарушение экологического равновесия, появление новых инфекций); эпидемическая безопасность; противодействие биологическому терроризму. Из этого следует, что к законодательству ДНР по обеспечению биологической безопасности следует отнести, помимо Закона «О безопасности» № 04-ИНС от 24.12.2014 г., законы «Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения» № 40-ИНС от 10.04.2015 г., «О здравоохранении» № 42-ИНС от 24.04.2015 г., «О противодействии терроризму» № 46-ИНС от 15.05.2015 г., «О противодействии экстремистской деятельности» № 51-ИНС от 09.06.2015 г., «О Министерстве государственной безопасности» № 238-ИНС от 03.08.2018г., «Об охране труда» № 31-ИНС от 03.04.2015 г., «О гражданской обороне» № 07-ИНС от 13.02.2015 г., «О пожарной безопасности» № 151-ИНС от 30.09.2016 г., «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» № 11-7НС от 26.02.2015 г. и др. При этом следует еще раз подчеркнуть, что во многих вышеназванных Законах термин «биологическая безопасность» даже не упоминается, хотя само их содержание свидетельствует о том, что они направлены на поддержание состояния защищенности населения и имущества от резкого масштабного негативного воздействия на окружающую среду, а объектом их регулирования выступают источники такого потенциального воздействия – опасные виды деятельности. Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать ряд обобщающих выводов. Прежде всего, конституционные положения о безопасности требуют дальнейших законодательных и научных новаций, дальнейшую научно-теоретическую разработку состояния защищенности личности, общества и государства.

Берко И.М., Гринь В.П.

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

ЦЕНТР ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ДОКТМО ВО ВРЕМЯ ВСПЫШКИ COVID-19 (ЯНВАРЬ 2021 – ЯНВАРЬ 2022)

Актуальность темы. В 2020 году мир столкнулся с проблемой глобальной пандемии COVID-19. С учетом роста заболеваемости многие лечебные учреждения ДНР были перепрофилированы в специализированные инфекционные госпитали. Эта ситуация не обошла стороной и Центральную городскую клиническую больницу (ЦГКБ) №16 г. Донецка, одной из структур которой является отделение urgentной эндоскопии – Центр эндоскопической диагностики желудочно-кишечных кровотечений. После преобразования ЦГКБ №16 в инфекционный госпиталь работа Центра была временно организована в ДОКТМО, где наряду с хирургической базой находится Диагностический центр с отделом эндоскопических исследований, сотрудники которого приступили к оказанию неотложной диагностической помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК).

Цель работы – оценка организации работы Центра эндоскопической диагностики желудочно-кишечных кровотечений в условиях временного базирования в ДОКТМО на период вспышки COVID-19.

Материал и методы. Проведен анализ эндоскопической диагностики ЖКК среди 980 пациентов, которые за текущий год были urgently госпитализированы в ДОКТМО с признаками ЖКК, из них: женщин – 344 (35%), мужчин – 636 (65%). Количество больных по возрастной категории: 18-30 лет – 37, 31-40 лет – 96, 41-50 лет – 125, 51-60 лет – 194, 61-70 лет – 225, 71-80 лет – 185, 81-90 лет – 103, 91-100 лет – 15. Для эндоскопической диагностики использовались фиброгастроскопы «Fujinon», «Pentax», «Olympus». Для эндоскопического инъекционного гемостаза применялись инъекторы «Boston Scientific». Лечебными средствами для инъекционного гемостаза являлись Транексам, Этамзилат, Адреналин, физиологический раствор 0,9% в необходимых пропорциях. Также для обработки язвенных дефектов использовался 70% этиловый спирт.

Результаты. Ургентные вызовы с подозрением на ЖКК приходились в рабочие и выходные дни Диагностического центра. На рабочее время пришлось 532 вызова (55%), в выходные дни – 447 вызовов (45%). Структуры ДОКТМО, в которые были вызовы: сан. пропускник – 486 (50%), I хирургическое отделение – 220 (22%), общая реанимация – 178 (18%). Остальные вызовы в различные отделения больницы имеют удельный вес не более 1% от общего количества. Всего ургентных вызовов по дням недели: понедельник – 164, вторник – 159, среда – 151, четверг – 153, пятница – 133, суббота – 131, воскресенье – 89. Наиболее интенсивными днями в работе Центра была первая половина рабочей недели. Установленные диагнозы и причины ЖКК: язва 12-перстной кишки – 196 (20%), язва желудка – 171 (17%), эрозивный гастрит – 137 (14%), варикозное расширение вен пищевода – 119 (12%), эрозивно-язвенный эзофагит – 90 (9%), эрозивный бульбит – 70 (7%), синдром Меллори-Вейсса – 47 (5%), онкологическое заболевание – 45 (5%). Источник кровотечения при первичных осмотрах не был выявлен у 39 больных (4%) ввиду интенсивного (профузного) характера ЖКК, что требовало проведения дополнительных контрольных осмотров в последующие дни. Остальные выявляемые патологии имели преимущественно сопутствующий характер и удельный вес каждой из них составляет до 3% и менее (стеноз, кандидозный эзофагит, полипы, химические ожоги, рубцово-язвенная деформация и др.). Количество больных с язвенными кровотечениями по шкале Forrest: F1A – 26, F1B – 50, F2A – 34, F2B – 51, F2C – 29, F3 – 153. Активных кровотечений на момент осмотра (F1A, F1B, F2A) суммарно – 110 (11% от общего количества вызовов). Оказание неотложной эндоскопической помощи во время вызова: обработка кровоточащего дефекта 70% этиловым спиртом – 127 раз, эндоскопический инъекционный гемостаз – 48 раз.

Заключение. Таким образом, используя все имеющиеся в наличии средства и методы, работа временного Центра по эндоскопической диагностике желудочно-кишечных кровотечений на базе ДОКТМО в период вспышки COVID-19 была оптимально и качественно организована.

Беседина Е.И., Гриценко Л.З., Сыщикова О.В., Мельник В.А., Сыщиков Н.Д.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В МЕДИЦИНЕ

Исходя из нашего многолетнего опыта по диагностике дисбактериоза авторы проанализировали применение пробиотиков с содержанием лактобацилл, используемых для коррекции микробиоты кишечника. Наличие у лактобацилл устойчивости к антибиотикам считается полезным пробиотическим свойством. Только устойчивые к антибактериальным препаратам бактерии можно совмещать с антимикробной терапией при лечении инфекционных заболеваний.

В работе обсуждаются результаты по изучению просветной микробиоты у 52 пациентов в возрасте 35-56 лет с диагнозом «Коронавирусная пневмония», которые, находясь на стационарном лечении получали антибиотики широкого спектра действия (от 3 до 5 наименований) внутривенно по схеме. Использовались антибиотики из групп цефалоспоринов, фторхинолонов, карбапенемов.

Несмотря на всеобщее признание и широкое распространение коммерческих пробиотиков, они не всегда обеспечивают восстановление и поддержание оптимальных параметров кишечной микрофлоры. Пробиотические препараты не могут длительно существовать в кишечнике конкретного индивидуума, и элиминируются вскоре после окончания их приема. Кроме того, в литературе накапливается информация о нежелательных последствиях при приеме пробиотиков, таких как системные инфекции, негативное влияние на метаболизм, чрезмерная иммуностимуляция лимфоидного аппарата кишечника, перенос генов антибиотикорезистентности.

При анализе результатов после применения антибиотикотерапии у всех без исключения пациентов зарегистрирован дисбактериоз: I степени 12 человек (23%), II степени – 40 человек (77%). Данные по содержанию лактобацилл при I степени – $6,65 \pm 0,11$ lgКОЕ/г, II – $5,77 \pm 0,12$ lgКОЕ/г. Все пациенты в процессе лечения основного заболевания получали пробиотические препараты: линекс, витафлор, ацидофилос, лактинекс, хилак (все пробиотики содержали лактобациллы). Препараты назначались согласно инструкции сроком от 2 до 3-х месяцев. После окончания биотерапии, у всех пациентов повторно изучали состав микробиоты по стандартной методике. Данные этого исследования показали, что восстановление микробиоты до нормоценоза наблюдалось у 3 человек (25%) и то, в случаях 3-х месячного применения пробиотиков, и у пациентов с дисбактериозом I степени, у остальных пациентов положительных изменений в составе микробиоты кишечника не установлено ($p \leq 0,05$), т.е. биотерапия с использованием штамма лактобацилл по нашим данным успеха не имела.

В литературе за последние годы уже появились данные о том, что неэффективность пробиотикотерапии связана с биологическими особенностями используемых штаммов или их несовместимостью с индигенной микробиотой хозяина. Лекарственная форма пробиотика или его доза часто не обеспечивают необходимую концентрацию препарата в кишечнике, а не достаточная длительность приема также может давать неудовлетворительные результаты биотерапии. Как показано в работе, наши данные подтверждают уже сложившееся в литературе мнение за последние 3 года.

И в заключение хочется сказать, что появившееся в мировой литературе мнение об использовании аутопробиотиков действительно является новым перспективным подходом к восстановлению и/или коррекции индивидуальной микробиоты кишечника.

Беседина Е.И., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Бурлака И.П., Суханова В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Макеевский городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Макеевка

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 2022 Г. И ОПТИМИЗАЦИЯ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

На протяжении ряда лет острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) остаются наиболее распространенными среди инфекционных заболеваний. До 80-90% от общего числа зарегистрированных случаев респираторных заболеваний приходится на ОРВИ, что связано с широким спектром возбудителей, легкостью реализации механизма передачи, непродолжительностью формируемого иммунитета у переболевших и вовлечением в инфекционный процесс всех возрастных групп восприимчивых лиц. В 2020 г. спектр циркулирующих в человеческой популяции возбудителей ОРВИ дополнился новым коронавирусом – SARS-CoV-2, который вызывает COVID-19. В связи с быстрым распространением этого заболевания Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была объявлена пандемия. В отличие от эпидемических сезонов предшествующих лет, начиная с 2020 г., вирус SARS-CoV-2 занял лидирующие позиции в этиологической структуре ОРВИ во всем мире, в том числе в Донецкой Народной Республике ДНР. Это определило специфические изменения в эпидемиологическом процессе ОРВИ среди населения.

Целью данного исследования являлось определение основных эпидемиологических характеристик ОРВИ в ДНР, установление путей оптимизации их профилактики. Проведен ретроспективный

эпидемиологический анализ заболеваемости ОРВИ в ДНР за 6 месяцев 2022 г. и за аналогичный период 2021 г. по материалам официальной регистрации Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

ОРВИ являются значимой проблемой для здравоохранения ДНР. В настоящее время, в связи с включением в спектр циркулирующих возбудителей вируса SARS-CoV-2 и проводимыми на территории Республики ограничительными мероприятиями по профилактике и предотвращению его распространения, отмечается некоторое снижение заболеваемости ОРВИ. В первом полугодии 2022 г. зарегистрировано снижение числа случаев этих инфекций на 40,3% в сравнении с аналогичным периодом 2021 г. В возрастной структуре заболевших составили дети в возрасте 0-18 лет (57,9%). Наиболее подверженными заболеванию ОРВИ являлись дети в возрасте 7-14 лет, в то время как в предыдущие сезоны наиболее вовлеченными в эпидемический процесс были возрастные группы 0-2 года и 3-6 лет. Для предупреждения распространения ОРВИ в образовательных учреждениях городов и районов вводились ограничительные мероприятия с временной приостановкой учебно-воспитательного процесса. Были отменены массовые культурные, спортивные и другие развлекательные мероприятия. В учреждениях здравоохранения ограничивалось посещение больных родственниками в стационарных отделениях, был усилен дезинфекционный режим. Своевременно проведенные профилактические и противоэпидемические мероприятия, а также дополнительные эффективные меры, направленные на предотвращение передачи коронавирусной инфекции среди населения (социальное дистанцирование, обязательное ношение масок, дистанционная форма обучения всех образовательных учреждений, запрет на пересечение границы) помогли сдержать эпидемическое распространение COVID-19 и ОРВИ. Далее заболеваемость ОРВИ регистрировалась ниже эпидемического порога, в пределах сезонных колебаний.

Таким образом, для максимального сдерживания эпидемического распространения ОРВИ необходимы ежегодные проведения предсезонной иммунопрофилактики гриппа и COVID-19, особенно среди групп повышенного риска заболеваемости.

Бессмертная Ю.В., Ганич И.Г., Коваленко Я.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КОМПЛАЕНСА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Цель исследования: Сравнительная оценка уровня взаимодействия с врачом-стоматологом соматически здоровых пациентов и больных эпилепсией.

Материал и методы исследования: Проведено анкетирование 40 больных эпилепсией и 10 соматически здоровых пациентов с использованием специального опросника.

Результаты исследования: Пациенты страдающие эпилепсией более активно предьявляли жалобы на кровоточивость десен и застревание пищи между зубами. При этом профилактические осмотры у стоматолога чаще посещают исследуемые контрольной группы. Среди больных эпилепсией таковых было в 2,31 раза меньше. Основной причиной по которой 61% больных эпилепсией откладывали визит к стоматологу был назван страх перед лечением. В контрольной группе в качестве причины несвоевременного профилактического визита к стоматологу называли недостаток времени (55% пациентов). Отмечено, что у больных эпилепсией и у представителей контрольной группы в основном отмечался средний уровень стоматологического комплаенса (56,4% и 50% соответственно). Однако среди лиц, имеющих низкий уровень комплаенса, в 1,67 раза было больше пациентов, страдающих эпилепсией. Также следует отметить, что высокий уровень комплаенса был выявлен только у 30% исследуемых контрольной группы, а очень низкий – только у 4% основной группы.

Выводы: Установлено, что больные эпилепсией чаще чем здоровые лица предьявляют жалобы со стороны полости рта. Они избегают профилактических осмотров у стоматолога, слабее информированы о правильном гигиеническом уходе за полостью рта.

Бессмертный А.А., Коваленко О.Г., Ганич И.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАНТЫ

Появление дентальных имплантантов резко увеличило возможности стоматолога-ортопеда при восстановлении частичных и полных дефектов зубных рядов, однако большое разнообразие обостряет вопрос выбора оптимальной в каждом клиническом случае протезной конструкции. Существуют следующие виды фиксации ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантанты: цементная, телескопическая, различные замковые со-единения, винтовая. Нами были проанализированы отдаленные результаты протезирования пациентов с опорой на дентальные имплантанты с использованием цементной и винтовой фиксации.

Цементная фиксация положительно воспринимается пациентом, позволяет устранить микрозазоры в системе коронка-абатмент, решает проблему диспараллельности имплантантов до 25°. Но при этом ее невозможно применить при минимальном окклюзальном расстоянии (6-7 мм), присутствует сложность демонтажа, коррекции и ремонта, затруднен им-плант-сервис, существует риск неполного удаления остатков цемента. Количество случаев расцементирования ортопедических конструкций с цементной системой фиксации в срок до 5 лет минимален – 3-5%, вероятность возникновения проблемы с винтом абатмента существенно выше – 14-23%. Сюда включены банальные случаи ослабления фиксации винта и случай его перелома. Однако решение данной проблемы реализуется через полную переделку ортопедической конструкции.

Винтовая фиксация позволяет снять конструкцию в любой момент, гарантирует удобство коррекции и ремонта, позволяет использовать конструкцию при минимальной трансокклюзионной высоте. К недостаткам винтовой фиксации относятся неэстетичные композитные пробки над винтами, прокрашивание микрозазоров, наличие микрозазоров влечет за собой проблемы гигиены. Риск расклейки соединения коронка-абатмент в срок до 5 лет составляет около 1%. При этом сопоставимые с цементной фиксацией проблемы с винтом абатмента – 16-25% чаще всего решаются банальной заменой винта.

Винтовая и цементная фиксация протезной конструкции на имплантантах имеют свои преимущества и недостатки и является вариантом выбора врача стоматолога-ортопеда.

Бисов А.С., Победенная Г.П.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОСОБЕННОСТИ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Клиническое течение, подходы к терапии и исходы внебольничной пневмонии (ВП) зачастую зависят от микроциркуляторных нарушений. Значительная распространенность в популяции гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) обуславливает ее частое сочетание с ВП. Изучение патогенетических основ сочетанного течения ВП у лиц с ГЭРБ, в т.ч. системы микроциркуляции, может нацелить на пути коррекции и повысить эффективность проводимой терапии.

Цель исследования: изучить состояние микроциркуляторного русла у больных ВП, сочетанной с ГЭРБ.

Материал и методы исследования. Наблюдали 67 больных ВП в возрасте 36±39 лет в т.ч. 42 женщины и 25 мужчин. У 35 больных ВП была клинически и эндоскопически диагностирована ГЭРБ на догоспитальном этапе (группа наблюдения). У 32 пациентов ВП не отмечалось симптомов ГЭРБ (группа сравнения 1) и у 16 пациентов была диагностирована ГЭРБ. Контрольную группу составили

34 здоровых донора. Состояние микроциркуляции изучалось методом бульбарной биомикроскопии конъюнктивы (ББК) с определением конъюнктивальных индексов: КИ1, КИ2, КИ3 и КИобщ как сумму трех индексов (КИ1 + КИ2 + КИ3). Внутрисосудистая агрегация клеток крови определялась путем изучения наличия сладж-феномена по N.H. Knisely (1965).

Результаты. При отсутствии количественной разницы эритроцитов и тромбоцитов у группы наблюдения и сравнения, у больных ВП, сочетанной с ГЭРБ, отмечалось увеличение MCV на 7%, а также размера и пула крупных тромбоцитов. В группе сравнения при ББК наблюдалось сужение артериол и дилатация венул, уменьшение функционирующих капилляров с образованием аваскулярных зон, неравномерность калибра, извитость и полиморфизм микрососудов, замедление кровотока и сладж-синдром 1-2 степени в венулах и артериолах, периваскулярный отек и достоверное увеличение всех КИ при отсутствии существенных изменений у пациентов с ГЭРБ.

Выводы: на фоне увеличения размера эритроцитов и тромбоцитов выявлены значительные сосудистые и периваскулярные нарушения в микроциркуляторном русле у пациентов с ВП, сочетанной с ГЭРБ, что потенциально есть фактором отягощения течения и формирования осложнений ВП у пациентов с ГЭРБ.

Бисов А.С., Победенная Г.П., Бисова Е.Ю., Кучерова А.В., Чайка Н.В., Кучерова А.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск
ГБУЗ «Городская поликлиника № 15», г. Краснодар

ЗНАЧЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ

Статистическая обработка данных в медицинских исследованиях является необходимой к использованию, учитывая разнообразие клинических симптомов, для оценки достоверности разницы полученных величин, связи между отдельными патогенетическими механизмами, динамики данных на фоне лечения.

В медицине часто используются различные статистические методы при анализе связанных и несвязанных, «малых» выборок при принятии решений по таким вопросам как оценка состояния здоровья пациентов, его прогноз, выбор стратегии, тактики профилактики и лечения, оценка отдаленных результатов и выживаемости. Расчет статистических показателей, которые позволяют оценить взаимное влияние анализируемых факторов и облегчить исследовательскую работу, происходит по определенной технологии с использованием математических функций и создания моделей.

Например, у пациентов с сочетанием ВП и ГЭРБ с диагностической целью проводили исследование анализа крови на такие показатели как иммуноглобулины, циркулирующие иммунные комплексы, цитокины. Даже на фоне адекватной терапии внебольничной пневмонии (ВП) у большинства больных с тяжелым течением заболевания, сохранялись нарушения цитокинового состава, признаки системного воспаления. Одним из патогенетически значимых моментов в формировании осложнений при пневмонии является подавление гуморальных факторов защиты снижение иммуноглобулинов М, G, при этом стандартная терапия способствует улучшению показателей гуморального иммунитета, однако, при клиническом выздоровлении нормализации их показателей, к сожалению, не происходит, что обеспечивает длительный восстановительный период системы иммунитета для пациента. Для пациентов был разработан способ терапии, эффективность которого нужно было оценить. На первый взгляд, проводимая терапия оказалась недостаточно эффективной. Однако, при корреляционном анализе между показателем системного воспаления – концентрацией С-реактивного белка и уровнем цитокинов в крови исчезла ранее выявленная позитивная связь, что указало на эффективность проведенного лечения. Сделать такие выводы позволила статистическая оценка полученных результатов.

Таким образом, статистический анализ является основополагающим разделом доказательной медицины и неотъемлемой частью практической деятельности для оценки эффективности и разработки тактики проводимого лечения.

Благинина И.И., Блудова Н.Г., Реброва О.А., Бахтояров П.Д.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ПРИМЕНЕНИЕ ГАБАПЕНТИНА В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

На сегодняшний день анкилозирующий спондилит (АС) занимает значимое место среди ревматической патологии, что обусловлено выраженностью болевого синдрома и высокими темпами прогрессирования патологического процесса. В ряде исследований установлено, что в среднем у 30% пациентов с АС наблюдается высоковероятная невропатическая боль (НБ), что обусловлено как тяжестью заболевания, поражением периферических суставов, так и наличием расстройств тревожно-депрессивного спектра. Таким образом, целесообразным является изучение влияния препарата центрального действия (антиконвульсанта габапентина) на выраженность НБ у больных АС.

Цель исследования: изучить влияние габапентина на динамику показателей невропатической боли у больных анкилозирующим спондилитом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 65 пациентов (41 мужчина и 26 женщин) с АС и различными клиническими вариантами НБ: шейная миелопатия, дистальная сенсомоторная полиневропатия, туннельные невропатии. Количественные показатели НБ были исследованы в соответствии с рекомендуемыми опросниками DN4 и rainDETECT. Для верификации диагноза АС использовались модифицированные Нью-Йоркские критерии 1984 г. Средний возраст пациентов – 43,4±7,7 лет, средняя длительность АС 10,1±4,6 лет; индекс BASDAI – 3,9 (3,3; 4,3); индекс BASFI – 4,1 (3,6; 4,6). Дополнительно были исследованы количественные показатели боли в соответствии с Мак-Гилловским болевым опросником (МГБО). Методом случайной выборки больные были разделены на две группы: 1 группа – 32 больных, которые на протяжении периода наблюдения (6 недель) получали НПВП в средней суточной дозе сопоставимой с 150 мг диклофенака и 300 мг габапентина; 2 группа – 33 пациента, пролеченных по той же схеме, но без приёма габапентина.

Результаты и обсуждение. На момент начала исследования показатели в группах не различались: по DN4 – 6,8 (5,3; 8,1) баллов в 1-й группе и 6,7 (5,4; 8,0) во 2-й; по rainDETECT – 33 (21; 37) баллов в 1-й и 35 (19; 36) во 2-й группе, соответственно. Показатели по МГБО также не имели значимых различий. Проведённая в динамике оценка выраженности НБ выявила в 1-й группе значимое улучшение по DN4 и rainDETECT, что выражалось в их снижении на 35,5% и 22,8% от исходных. У пациентов 2-й группы зарегистрировано незначительное снижение данных показателей – на 11,2% и 8,7% от исходных. По МГБО в динамике были получены следующие результаты: в 1-й группе дескрипторы сенсорного и аффективного классов составили 5,8±0,1 и 4,5±0,15, а эвалюативного – 2,8±0,09 баллов, индекс числа выбранных дескрипторов (ИЧВД) и ранговый индекс боли (РИБ) – 11,8±0,18 и 24,8±0,9 баллов, соответственно; во 2-й – сенсорный и аффективный компоненты составили – 6,9±0,3 и 5,6±0,1, эвалюативный – 3,2±0,07 баллов, что способствовало повышению ИЧВД и РИБ до 13,9±0,4 и 32,5±1,2 баллов, соответственно.

Выводы. Установленная эффективность препарата центрального действия габапентина в отношении динамики количественных показателей болевого синдрома у пациентов с АС свидетельствует об участии нейрогенных механизмов в патогенезе иммунного воспаления при АС.

Блудова Н.Г., Благинина И.И., Благодаренко А.Б., Князева А.К., Некрасов Д.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск
ГУ ЛНР «Луганская республиканская клиническая больница», г. Луганск

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С РАЗВИТИЕМ СИНДРОМА NO-REFLOW ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Как известно, феномен невосстановленного кровотока (no-reflow) является одним из осложнений после реканализации инфарктзависимой артерии у пациентов с острым коронарным синдромом

(ОКС), имеет сложный многофакторный патогенез, и характеризуется признаками нарушения кровотока в коронарном микроциркуляторном русле. По данным литературы риск развития «no-reflow» у пациентов с ОКС, которым проводят тромболитическое, чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) составляет около 30% и более, а его развитие сопряжено с неблагоприятным прогнозом (Журавлев А.С. др., 2021). Поэтому изучение и анализ факторов риска, своевременная профилактика являются важной задачей для снижения частоты развития данного осложнения.

Цель: изучить факторы риска, а также проанализировать их связь с частотой развития феномена no-reflow у пациентов с ОКС с элевацией сегмента ST.

Материалы и методы. В исследование включены 58 пациентов с ОКС с элевацией ST, которым в условиях ЛРКБ была выполнено ЧКВ. Диагностическим считали отсутствие антеградного кровотока (TIMI 0) в дистальном русле при восстановленной проходимости сосуда. Анализировались различные клинические и инструментальные показатели. Статистическая обработка данных выполнялась в программе Statistic. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Феномен no-reflow был диагностирован у 10 пациентов (17%), которые составили I группу. У 48 (83%) отмечалось восстановление антеградного кровотока (TIMI 3), эти пациенты составили II группу. Средний возраст пациентов I группы составил $64,8 \pm 10,1$ лет, II группы – $62 \pm 10,4$ года. В I группе женщины составили 28% (3 пациентки), во II – 32% (15 пациенток). Коморбидная патология диагностирована в I и II группах соответственно со следующей частотой: артериальная гипертония у 9 пациентов (90%) и 43 (90%), сахарный диабет у 3 пациентов (30%) и у 12 (25%), хроническая болезнь почек на уровне 3 стадии и выше у 4 пациентов (40%) и у 17 (35,4%). В I и II группах пациентов ранее перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе встречался в 30% и 15% случаев ($p < 0,05$), инсульт в анамнезе в 20% и 10% ($p < 0,05$), острая левожелудочковая недостаточность (Killip III-IV) в 10% и 5% ($p < 0,05$), застойная сердечная недостаточность в 30% и 23% ($p < 0,05$), фибрилляция предсердий (ФП) в 20% и 11% ($p < 0,05$), желудочковые нарушения ритма, в том числе рецидивирующие желудочковые тахикардии в 20% и 23% ($p > 0,05$). Пациенты I группы достоверно позже обращались за медицинской помощью ($p < 0,05$). Тромболитическая терапия предшествовала ЧКВ у 30% и 27% ($p > 0,05$) соответственно. По данным коронарной ангиографии (КАГ) передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) была инфарктзависимой в 50% и 38%, правая коронарная артерия (ПКА) – в 30% и 35% соответственно.

Таким образом, феномен no-reflow выявлен нами у пациентов с ОКС с элевацией ST в 17% случаев. Его развитие коррелирует с временем обращения пациента за медицинской помощью. Также на частоту развития этого синдрома, по-видимому, влияет наличие фибрилляции предсердий, перенесенного в прошлом инфаркта миокарда и инсульта. Кроме того, достоверно чаще этот синдром выявлялся при поражении ПМЖВ, что можно объяснить тяжестью и обширностью повреждения миокарда левого желудочка. В связи с этим является необходимым своевременное выявление данных факторов и проведение профилактических мероприятий, предотвращающие развитие синдрома no-reflow после ЧКВ у пациентов с острым коронарным синдромом.

Бобровицкая А.И., Бугашева Н.В., Бугашев К.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Актуальность. Постковидный синдром (лонг-ковид) – это новое мало изученное состояние у детей перенесших COVID-19. Особенностью данной инфекции является отсутствие в отдельных случаях взаимосвязи между тяжестью клинического проявления болезни и ее последствиями. В марте 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила вспышку нового коронавирусного заболевания COVID-19, вызванного общим тяжелым респираторным синдромом SARS-CoV-2, приведшим к пандемии. Меры по сдерживанию распространения заболевания были приняты, однако по состоянию на 6 февраля 2021 года во всем мире зарегистрировано 106 миллионов случаев заболевания COVID-19. В России – 3,92 миллиона случаев инфицирования.

Цель исследования. Определить особенности реабилитации постковидного синдрома у детей.

Материалы и методы. По отчетам медучреждений и историй болезни детей, перенесших COVID-19 проанализированы последствия и намечены реабилитационные мероприятия.

Результаты. В настоящее время появилась новая проблема, так как на данном этапе неясно: оставляет COVID-19 необратимые повреждения, в каком объеме. Изменения легочной ткани в виде помутнение матового стекла, уплотнение, утолщение сосудов, бронхоэктазы, плевральный выпот, твердые узелки в легких. Установлено, что последствия COVID-19 могут прогрессировать у переболевших (> 80%). Даже легкая форма коронавирусной инфекции способна нанести ранее здоровым пациентам негативное воздействие COVID-19 в течение четырех недель. Результатом более тяжелых форм COVID-19 могут стать инсульт, фиброз легких. Полинейропатия критических состояний – заболевания периферической нервной системы, возникающие в связи с тяжелыми, требующими интенсивной терапии заболеваниями. Делирий – психическое расстройство, протекающее с помрачением сознания. Кроме того, долгосрочные последствия коронавируса нового типа остаются до конца не изученными – ученые не гарантируют, что по истечении пяти, десяти лет население планеты не столкнется с какими-то отдаленными проявлениями ранее перенесенной COVID-19 инфекции (астенизация, слабость, головная боль, одышка, повышенная потливость, подавленное настроение).

Выводы. Поэтому вышеизложенное требует проведения реабилитационных мер и является актуальной проблемой. В настоящее время точной информации о неврологических проявлениях у детей и их последствиях нет. Остается малоизученным вопрос о течении новой коронавирусной инфекции у маленьких пациентов с наличием патологий нервной системы в анамнезе.

Работникам здравоохранения необходимо разрабатывать индивидуальный план детской реабилитационной программы, в которую будут включены лечебная и дыхательная гимнастика с применением респираторных тренажеров, массаж, психо- и диетотерапия, физиотерапия (включая ингаляции, электро- и магнитотерапию, вибротерапию, гипербарическую оксигенацию, рефлексотерапию). Один из важных вопросов касается выявления детей с нарушением здоровья после COVID-19 и организации их последующего наблюдения. При выписке рекомендовать «РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ COVID-19» и следует составить график амбулаторных консультаций, которые позволят адекватно оценивать состояние на раннем этапе (наличие усталости, тревожности, депрессии и дисфагии), а также отслеживать функциональный потенциал легких. На основании этих результатов можно будет организовать последующее наблюдение и лечение в рамках амбулаторной реабилитации или первичной медико-санитарной помощи с участием педиатра, невропатолога, физиотерапевта и медсестер.

Реабилитационные мероприятия, проводимые в амбулаторных условиях, должны учитывать физические, когнитивные и психосоциальные результаты. Содержание программы – важный фактор, определяющий эффективность/неэффективность предпринимаемых мер.

Бобровицкая А.И., Махмутов Р.Ф., Лихобабина О.А., Захарова Л.А., Гончарова Л.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИКИ, ЛЕЧЕНИЯ SARS-COV-2 – У ДЕТЕЙ

По сравнению со взрослыми, дети болеют реже, с менее выраженной клинической симптоматикой, реже требуют госпитализации. В структуре инфицированных SARS-CoV-2 дети составляют до 10%, в Российской Федерации – 7,6% зарегистрированных случаев. Заболевание регистрируется и у новорожденных, но внутриутробная передача инфекции окончательно не доказана.

У госпитализированных детей относительно редкими наблюдаются такие признаки болезни: слабость, ринорея, рвота, диарея. Среди госпитализированных детей в 50% случаев наблюдалась тахикардия и 30% – тахипное, снижение сатурации (менее 92%) – единичные случаи, менее выражены лимфопения и воспалительные маркеры.

SARS-CoV-2 проявлялась следующими клиническими формами: ОРВИ легкого течения; пневмонией; острым респираторным дистресс-синдромом; мультисистемным воспалительным синдромом

протекающим с симптоматикой неполного синдрома Kawasaki; гемофагоцитарным лимфогистиоцитозом синдромом активации макрофагов.

Лабораторная диагностика. Мультисистемный воспалительный синдром (Kawasaki-подобный синдром). Клинический анализ крови – нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз/тромбоцитопения, нарастание показателя СОЭ. Биохимический анализ крови – повышение уровня СРБ ≥ 100 мг/л, ферритина ≥ 500 нг/мл, ЛДГ, АЛТ, АСТ сыворотки крови, гипольбуминемия; при повреждении миокарда – повышение уровня тропонина, NT-proBNP, КФК-МБ фракции, повышение ПКТ крови > 2 нг/мл. При развитии полиорганной недостаточности – значительное повышение уровня ГГТ, АЛТ, АСТ, мочевины, мочевой кислоты, креатинина. Коагулограмма – повышение D- димера, фибриногена.

КТ легких – основными проявлениями пневмонии являются двусторонние инфильтраты в виде «матового стекла» или консолидация легочной ткани, могут визуализироваться двусторонние сливные инфильтративные затемнения, имеющие преимущественное распространение в нижних и средних зонах легких. Также может присутствовать и небольшой плевральный выпот.

ЭКГ особенно показана пациентам с предшествующей кардиологической патологией, необходимо для выявления нарушений сердечного ритма, однако следует сочетать его с эхокардиографией для полноценной оценки нарушений гемодинамики и определением концентрации специфических кардиомаркеров.

ЭхоКГ всем детям с мультисистемным воспалительным синдромом, Kawasaki-подобным синдромом, ГФС рекомендуется проводить эхокардиографию для оценки состояния функции сердца, исключения миокардита, кардиомиопатии, тампонады сердца, перикардита, коронарита, расширения/аневризм коронарных артерий.

Всем детям с мультисистемным воспалительным синдромом, развитием вторичного ГФС и неврологической симптоматикой рекомендуется проведение МРТ головного и спинного мозга (по показаниям). При МРТ исследовании могут выявляться признаки цереброваскулита ишемические/геморрагические инсульты, пресс-синдром, очерченные очаги демиелинизации.

Принципы лечения бессимптомной и легкой форм. Бессимптомная форма – этиотропная терапия не требуется. Легкая форма (ОРВИ, нетяжелая пневмония) – симптоматическое лечение, назначение противовирусных препаратов (рекомбинантных интерферонов- $\alpha 2b$) может быть рассмотрено у детей из групп риска, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания, иммунодефицит.

Среднетяжелая форма (пневмония с ДН) – оксигенотерапия (до 2 мес. – 0,5-1 л/мин, от 2 мес. до 5 лет – 1-2 л/мин, > 5 лет – 2-4 л/мин.). Назначение противовирусных препаратов (рекомбинантных интерферонов- $\alpha 2b$) может быть рассмотрено у детей из групп риска, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания, иммунодефицит. Низкомолекулярные гепарины в профилактической дозе под контролем коагулограммы. Симптоматическое лечение. Антибиотикотерапия при отсутствии признаков бактериального воспаления или перехода в тяжелую форму не показана. При подозрении на внебольничную типичную (пневмококковую) пневмонию назначается амоксициллин; при подозрении на атипичную внебольничную пневмонию (микоплазменную) назначается макролиды; при нозокомиальной пневмонии/бактериальной суперинфекции выбирают антибактериальный препарат по результатам микробиологических исследований, а при невозможности посева – эмпирически с учетом ранее использовавшихся антимикробных средств.

Тяжелая форма – оксигенотерапия (до 2 мес. – 0,5-1 л/мин, от 2 мес. до 5 лет – 1-2 л/мин, > 5 лет – 2-4 л/мин.). Низкомолекулярные гепарины в терапевтической дозе, при гепарин-индуцированной тромбоцитопении (ГИТ) – фондапаринукс, ривароксабан под контролем коагулограммы и тромбоэластограммы. Дексаметазон 10 мг/м² поверхности тела/внутривенно или метилпреднизолон 0,5-1 мг/кг/введение внутривенно каждые 12 часов. Иммуноглобулин человеческий нормальный в дозе 0,3-0,4 г/кг. Антибиотикотерапия показана при подозрении на наличие вторичной бактериальной инфекции. Выбор антимикробных препаратов осуществляется в зависимости от объема и тяжести вторичной бактериальной инфекции. Симптоматическое лечение.

Выводы. Нами представлены данные о наличии у детей инфицированных SARS-CoV-2 определенной клинической картины, лабораторных и инструментальных результатов диагностики, даны рекомендации по лечению. Рекомендуем это учитывать в практической работе врачей.

Бобрышева А.А., Сиротченко Т.А., Безкаравайный Б.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ БИЛИАРНОГО ТРАКТА НА ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ

Актуальность. Физическое развитие является важным критерием состояния здоровья в подростковой популяции, и на этот показатель оказывает большое влияние любое длительно протекающее функциональное расстройство. Одним из таких состояний являются функциональные расстройства билиарного тракта (ФРБТ), частота их встречаемости в подростковой популяции крайне высока.

Цель исследования: изучение особенностей физического развития (соматометрия) подростков с ФРБТ.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 513 подростков 10-15 лет (254 девочки, 259 мальчиков), имевших клинические проявления ФРБТ. Стаж заболевания составлял $3,4 \pm 1,2$ лет. Группу сравнения составили 564 условно здоровых подростка (218 девочек, 346 мальчиков). Оценка физического развития проводилась путем первичной скрининговой антропометрии с оценкой гармоничности и определением биологического уровня развития. Статистическая обработка результатов проведена стандартными вариационно-статистическими методами.

Результаты. Анализ полученных результатов выявил, что число подростков с БД со средним уровнем физического развития меньше в 2,2 раза, чем в группе контроля. Мальчики с БД в возрастном периоде 13-15 лет (34,2%) имеют низкие как ростовые, так и массовые показатели (контрольная группа – 12,4%), девочки с БД имеют аналогичную тенденцию, но в возрастном периоде 10-13 лет. Физиологические «скачки» показателей роста у 42,1-36,2% подростков с БД (мальчики и девочки соответственно) происходят позже, чем в контрольной группе на 1,2-1,5 года. Также было выявлено отставание от паспортного возраста независимо от пола в возрасте 7-10 лет и 11-13 лет (66,6% и 54,5%, соответственно) на 1,3-1,9 года.

Выводы: Длительные функциональные расстройства билиарного тракта приводят к достоверному изменению физического развития подростков в сторону ретардации.

Богослав Ю.П., Чурилов А.В., Даценко М.В., Прилуцкая Я Ю

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

«ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ» – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ РЕПРОДУКТОЛОГИИ

Поскольку репродуктивное здоровье населения значительно ухудшилось за последнее десятилетие, актуальным остается поиск путей восстановления фертильности женщин. Нарушение структуры и функции эндометрия, получившее название «тонкий эндометрий» (ТЭ) остается недостаточно изученной патологией. В соответствии с МКБ «тонкий эндометрий» классифицируется как маточная форма бесплодия, однако это состояние является полиэтиологичным и гетерогенным по структуре, что требует разработки дифференцированных подходов к проблеме ТЭ

Целью исследования было повышение эффективности лечения маточной формы женского бесплодия, обусловленного наличием структурной патологии эндометрия (ТЭ).

Материал и методы: Нами было обследовано 137 женщин репродуктивного возраста, страдающих бесплодием на фоне «тонкого эндометрия». Проводили УЗИ на 11 – 13й день цикла, гистероскопию, морфологическое, микробиологическое исследование эндометрия.

В результате полученных клинико-морфологических данных были сформированы 3 группы:

У 63 (45,98%) обследованных ТЭ сформировался на фоне гормональной недостаточности. У 35 (55,55%) пациенток этой группы отмечалось нарушение овуляции, у 43 (68,25%) гипоестрогения, у 41 (65,07%) гиперандрогения, у 8 (12,69%) – гиперпролактинемия, у 31 (49,20%) – повышение ба-

зального уровня прогестерона. По данным ультразвукографии у этих женщин отмечалось уменьшение толщины м-эхо до 3 – 6 мм на фоне нормальной структуры эндометрия, при размерах доминантного фолликула 10-17 мм; гистероскопически определялся гипопластичный эндометрий; гистологически – развитие эндометрия соответствовало 6 – 8 дню цикла по критериям Noyes.

У 51 (37,22%) женщины ТЭ на фоне хронического эндометрита. В этой группе на фоне признаков нормальных овуляторных изменений в яичниках отмечалось нарушение структуры эндометрия в виде дополнительных гиперэхогенных включений, неровных контуров и линии смыкания эндометрия, неравномерное уменьшение толщины м-эхо до 3 – 5 мм при размере доминантного фолликула 18-22 мм и нормальных показателях гормонального фона. Гистероскопически определялись синехии, неравномерная толщина эндометрия. Гистологическое исследование в большинстве случаев выявляло признаки фиброза и лимфогистиоцитарной инфильтрации.

У 23 (16,78%) пациенток ТЭ формировался при сохранном овуляторном цикле, с сохранением нормальной ультразвуковой структуры эндометрия. Клинико-микробиологическое исследование не выявляло воспалительных изменений и микробные процессы; гистероскопически выявлялись атрофические изменения с равномерным уменьшением толщины эндометрия без выраженной воспалительной реакции. Гистологически определялась атрофия желез и стромы эндометрия. В этой группе наиболее вероятной причиной поражения эндометрия является аутоиммунное поражение эндометрия или нарушение рецепторной активности, что требует дальнейшего изучения таких пациенток.

Выводы. Проведенные исследования позволяют разработать дифференцированные подходы к лечению бесплодия, обусловленного тонким эндометрием.

Бодня С.В.

ГУЗ «Тулская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ванькина», г. Тула

ПОЛНОТА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С И БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Вступление:

Актуальность

Значительная доля пациентов с острым коронарным синдромом имеет многососудистое поражение коронарных артерий который достигает от 20% до 40% случаев

Оптимальные сроки для лечения не инфаркт связанных артерии и способы лечения поражений всё ещё является предметом исследований и дискуссий

Наличие хронических окклюзии КА не инфаркт связанных артерии может существенно повлиять на прогноз этих пациентов и требует индивидуальной стратегии принятия решения

Пациенты с кардиогенным шоком, имеющиеся данные противоречивые, и выбор стратегии лечения остаётся чрезвычайно сложным

С 2013 года было проведено зарубежными коллегами четыре крупных рандомизированных исследования с целью оценить риски и преимущества полной или неполной реваскуляризации у пациентов с острым инфарктом миокарда, перенесших первичное ЧКВ.

Вкратце рассмотрим каждое из них:

- Исследование Preventive Angioplasty in Acute Myocardial Infarction (PRAMI) 2013 год. Наблюдалось 465 пациентов с многососудистым поражением. Из них была проведена полная реваскуляризация (234 пациента), ЧКВ только инфаркт зависимой артерии (231 пациент). Доказано что в среднем за 23 месяца наблюдения, группа в которой была произведена полная реваскуляризация инфаркт несвязанных артерий со стенозом $\geq 50\%$ (т. е. просвет сужения выявленный на момент ангиография) была связана с более низкими показателями внезапной смерти, инфаркта миокарда или постинфарктной стенокардии. И в группе, где была произведена реваскуляризация только инфаркт связанной артерии (9% против 23%).

- Исследование Complete versus Ischemic-only Primary PCI pilot study (CvLPRIT) 2015 год. Из 296 пациентов, полная реваскуляризация произведена 150 пациентам, реваскуляризация только инфаркт

зависимой артерии 146 пациентам. Как и в PRAMI, решение о реваскуляризации или нереваскуляризации очагов инфаркт несвязанных артерий принималось на основании ангиографии. Первичной конечной точкой было сочетание внезапной сердечной смерти, рецидивирующего инфаркта миокарда, сердечной недостаточности. В группе где была произведена полная реваскуляризация ассоциирована с более низкими показателями показателями внезапной сердечной смерти, в течение 12-месячного периода (10% против 21%).

Исследование Treatment of culprit lesion only or complete revascularization (DANAMI-3-PRIMULTI) 2015 год. В этом исследовании участвовало 627 пациента, которым произведена только реваскуляризация инфаркт зависимой артерии (313 пациента) или ревакуляризация артерий после проведения FFR, где показатель был более 0,8 (314 пациента). Первичная конечная точка при среднем наблюдении в течение 27 месяцев, была сочетанием смертности от всех причин, повторного инфаркта миокарда, и произошла у 68 (22%) пациентов, у которых был только ЧКВ инфаркт зависимой артерии, и у 40 (13%) пациентов, у которых была полная реваскуляризация коронарных артерий.

- Исследовании Fractional Flow Reserve-Guided Multivessel Angioplasty in Myocardial Infarction (Compare-Acute) 2017 год, учувствовало 885 пациента с острым инфарктом миокарда и многососудистым поражением, где так же было включено FFR- исследование. Снижение первичной конечной точки (смерть, инфаркт миокарда) наблюдалось в группе с полной реваскуляризацией.

В последних рекомендациях ESC/EACTS 2021 по реваскуляризации миокарда рекомендуется, чтобы рутинная полная реваскуляризация была рассмотрена у пациентов с многососудистым заболеванием непосредственно при выполнении первичного ЧКВ (класс IIa, уровень доказательности A). Аналогичным образом, в рекомендациях ACC/AHA/SCAI 2015 году уже предполагали, что полная реваскуляризация может рассматриваться у отдельных гемодинамически стабильных пациентов с острым инфарктом миокарда и многососудистым поражением либо во время первичного ЧКВ, либо в качестве поэтапной процедуры.

Кардиогенный шок и ОКС

При остром коронарном синдроме, сопровождающемся кардиогенным шоком смертность остается высокой и составляет более 50% течение 1го месяца. Как правило у трети пациентов имеется много сосудистое поражение или вовлечение ствола левой коронарной

Исследование CULPRIT-SHOCK TRIAL

Главная цель – в сравнение только первичного чкв инфаркт зависимой артерии и проведения полной реваскуляризации при инфаркте миокарда в 30и дневном и 12 месячном наблюдений

Оценка не инфаркт связанных артерий

Оптимальное время и предпочтительный метод оценки данных поражений остается дискуссионным, большинство исследований используют ангиографическую оценку степени тяжести, но в условиях острого коронарного синдрома вазоконстрикция коронарных артерий может привести к ангиографической переоценке степени стеноза до 10 – 20% что ведёт к ненужному вмешательству.

Пациентам с поражением стЛКА согласно исследованиям и рекомендациям АНА от 2021 года, без нестабильности морфологии поражения, рекомендуется отсроченный подход реваскуляризации после первичного ЧКВ на инфаркт связанной артерии.

Бодров А.В.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань

К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КАДРОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Система высшего медицинского и фармацевтического образования России в части возможности подготовки и воспроизводства педагогических кадров является уникальной в силу того, что помимо программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре в медицинских вузах реализуются программы ординатуры. Необходимо отметить, что программы ординатуры как и программы аспирантуры относятся к одной ступени высшего образования – подготовке кадров выс-

шей квалификации. Также стоит отметить, что согласно Единому квалификационному справочнику должностей руководителей, специалистов и служащих (раздел «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования») для замещения должности ассистента или преподавателя предъявляются следующие требования к квалификации: высшее профессиональное образование и стаж работы в образовательном учреждении не менее 1 года, при наличии послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура, адъюнктура) или ученой степени кандидата наук – без предъявления требований к стажу работы. Таким образом, медицинские вузы в плане подготовки педагогических кадров имеют преимущество по сравнению с остальными образовательными организациями высшего образования. Тем не менее, считаем необходимым, рассмотреть вопрос регламентации требований по подготовке педагогических кадров в федеральных государственных образовательных стандартах высшего образования (далее – ФГОС ВО) по программам ординатуры, которые в настоящее время существуют в двух поколениях (вариантах). По большинству специальностей ординатуры образовательные программы реализуются по ФГОС ВО, назовем условно первого поколения, которыми установлены требования к результатам освоения программы ординатуры, в том числе формирование у выпускника универсальной компетенции по готовности к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование. Данными ФГОС ВО также предусмотрено обязательное освоение ординаторами дисциплины «Педагогика», что по нашему мнению, является положительным аспектом. В то же время, можно отметить и небольшой недостаток первого поколения ФГОС ВО, а именно, ограниченный набор практик – только производственная (клиническая) практика. То есть, например, ввести педагогическую практику в учебный план программы ординатуры не представляется возможным.

С середины 2021 года стали издаваться ФГОС ВО второго поколения – на данный момент по 26 специальностям ординатуры. Требования к результатам освоения программы ординатуры в части готовности к педагогической деятельности во втором поколении ФГОС ВО сформулированы в виде общепрофессиональной компетенции «Способен осуществлять педагогическую деятельность». Недостатком данного поколения ФГОС ВО, по нашему мнению, является отсутствие перечня обязательных дисциплин, в том числе педагогики. В свою очередь, в качестве прогрессивного аспекта по сравнению с ФГОС ВО первого поколения можно отметить вариативность Блока 2 «Практика» в структуре программы ординатуры, а именно, наличие двух типов производственной практики (клиническая практика; научно-исследовательская работа), а также право образовательной организации устанавливать дополнительный тип (типы) производственной практики (например, педагогическую практику).

Таким образом, в данной статье показано, что ФГОС ВО по программам ординатуры является значимым инструментом по обеспечению подготовки и воспроизводства педагогических кадров для системы медицинского и фармацевтического образования.

Боева И.А., Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕПРИЯТИЙ В ДНР

Проблема сохранения здоровья населения актуальна в каждом государстве. А в системе оказания специализированной помощи работающему населению основная роль отводится профпатологической помощи. В ее основе лежат принципы профилактической медицины, конечной целью которых является сохранение здоровья трудящихся

Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография» в Российской Федерации позволили значительно повысить доступность и качество оказываемой помощи населению в РФ, снижению смертности и увеличению продолжительности жизни.

С 6 по 9 октября 2022 г. в г. Кемерово прошел международный угольный форум «Угольная отрасль- новые реалии». На форуме обсуждались вопросы и тенденции профессиональной заболеваемости вошедшего в состав Российской Федерации Донбасса.

Происходящие события на территории Донецкой Народной Республике – значительно сократилась численность работающих, в том числе и во вредных и опасных условиях. и, параллельно увеличилось количество работников, обратившихся в Республиканский центр профпатологии и реабилитации МЗ ДНР, стремящихся гарантированно решить свои социальные проблемы за счет возмещения ущерба здоровья.

На протяжении последних 5 лет отмечается рост впервые выявленных профзаболеваний. У каждого второго пациента, представленного на врачебно- экспертную комиссию Республиканского центра профпатологии и реабилитации МЗ ДНР (г. Донецк), установлено профзаболевание. Более 1/3 всех впервые установленных случаев имеют сочетанный характер – два и более профессиональных заболеваний у одного больного.

При анализе показателей профессиональной заболеваемости в ДНР обращает на себя внимание высокий процент установления первично профзаболеваний по обращаемости работников в лечебно-профилактические учреждения и низкий процент пациентов, направленных в РЦПР по результатам профосмотров.

Лечебно- профилактические учреждения республики справляются со специфическими задачами обслуживания работающего населения не в полной мере, в том числе и в диспансеризации, и в части проведения периодических медицинских осмотров работников, занятых во вредных условиях труда. По-прежнему остается очень актуальным кадровый дефицит врачебных кадров, отсутствие профпатологов не только в составе врачебных комиссий, а и в большинстве городов ДНР.

В Российской Федерации Приказом Минздравсоцразвития от 12.04.2011 г. № 302н регламентировано направление в центры профпатологии стажированных работников 1 раз в 5 лет. Кроме того, на протяжении последних 2-х лет Минздравом России разработаны и утверждены приказами новые нормативные правовые акты во исполнение Федерального закона от 20 июня 1996г. № 81- ФЗ «О государственном регулировании в области добычи и угольной промышленности». Данными приказами определен порядок проведения обязательных предварительных и периодических медосмотров, а также предсменных, внутрисменных и послесменных осмотров, установлены медицинские противопоказания к работе шахтеров (в том числе с учетом последствий перенесенного COVID-19). Нормативно определена послесменная реабилитация шахтеров в целях восстановления физических и психофизиологических нарушений, вызванных вредными условиями труда. Блок вопросов сохранения здоровья в угольной отрасли посвящен развитию концепции производственной медицины, реализации корпоративных программ профилактики.

Медицинская деятельность в области охраны здоровья работников в РФ организована на федеральном, региональном, отраслевом и корпоративном уровнях. Данная модель позволит интенсифицировать работу по приоритетным направлениям профпатологической службы ДНР.

Боечко Д.С., Талалаенко И.А., Боечко Н.Д., Чубарь В.А., Буштрук А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Одной из частых форм нарушения дыхания во сне является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Так, по данным Российского общества сомнологов, он является одним из самых распространенных расстройств, связанных со сном. При этом СОАС является одним из признанных факторов риска развития таких заболеваний, как артериальная гипертензия, нарушения ритма, инсульты. Наличие СОАС ассоциируется с повышением кардио-васкулярного риска, более тяжелым течением сердечно-сосудистых заболеваний, увеличением риска смертности.

Целью работы явилось повышение эффективности диагностики и лечения СОАС.

Материал и методы. На базах кафедры оториноларингологии ФИПО в 2012-2022 гг. были обследованы и пролечены 46 пациентов с СОАС (из них 39 мужчин и 7 женщин). Возраст пациентов колебался от 32 до 68 лет. Предоперационное обследование состояло из: осмотра ЛОР органов, эндориноскопии, конусно-лучевой компьютерной томографии носа и околоносовых пазух, кардио-респираторного мониторинга, традиционных общеклинических исследований.

Результаты и их обсуждение. Периферический вид апноэ сна был установлен у 33 (71,7%) пациентов (из них 28 мужчин и 5 женщин); смешанный вид апноэ был выявлен у 9 (19,6%) пациентов (из них 7 мужчин и 2 женщины); центральный вид апноэ был установлен у 4 (8,7%) пациентов (все 4 – мужчины). Пациентам с периферическим и смешанным видами апноэ сна, по показаниям, выполнялись: коррекция внутриносовых структур, вмешательства на мягком небе и носоглотке. В большинстве случаев (у 37 больных – 80,4%), после проведенного хирургического лечения, наблюдалось значительное снижение количества и продолжительности остановок дыхания во сне. При необходимости было рекомендовано использование СИПАП/БИПАП терапии. Пациентам с центральным видом апноэ было рекомендовано использование СИПАП/БИПАП терапии и выполнение общепрофилактических мероприятий.

Выводы. Основным инструментальным методом диагностики СОАС является полисомнография. Более простым, но достаточно точным методом диагностики СОАС является кардио-респираторный мониторинг. Хирургическое лечение храпа и СОАС должно производиться только после уточнения генеза и степени тяжести синдрома обструктивного апноэ сна. Направленность и объем хирургических вмешательств при СОАС определяется индивидуально. СИПАП/БИПАП терапия является основой консервативного лечения синдрома обструктивного апноэ сна умеренной и тяжелой степени.

Боечко Д.С., Талалаенко И.А., Боечко Н.Д., Чубарь В.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДОНЕЦКИЙ ДОРОЖНЫЙ РИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР – ИТОГИ РАБОТЫ И ЗАДАЧИ НА БУДУЩЕЕ

Введение. Первый в Украине ринологический центр – Донецкий – был организован на базе ЛОР-отделения дорожной клинической больницы на ст. Донецк в 1995 году. Его руководителем был назначен профессор С.К.Боечко. Организация ринологического центра была очень своевременной: в 90-е годы доля пациентов с заболеваниями носа околоносовых пазух превысила половину контингента больных ЛОР-отделений. С 2011 года он носит название «дорожного». В настоящее время центр является единственным на территории Донецкой и Луганской народных республик.

Цель. Внедрение новых методов диагностики, лечения и реабилитации больных с ЛОР-патологией; оказание высокоспециализированной ЛОР-помощи пациентам Донецкой и Луганской народных республик с патологией носа и околоносовых пазух; преподавание оториноларингологии врачам на последипломном уровне; проведение научных исследований.

Материалы и методы. Донецкий дорожный ринологический центр полностью укомплектован современным эндоскопическим медицинским оборудованием и набором инструментов для эндоскопических ринологических и других ЛОР-операций. В его составе имеется эндовидеориноскопический кабинет. Все врачи центра прошли соответствующую специализацию за рубежом и в России и имеют высшую квалификационную категорию. На базе центра работают два доцента и ассистент. Перечень оперативных вмешательств, которые осуществляются в Донецком дорожном ринологическом центре, включает септопластику, различные виды эндоназальных полипотомий и синусотомий, эндоназальную дакриоцисториностомию, коррекцию хоанальных атрезий и деформаций наружного носа, эндоскопические вмешательства на носовых раковинах, адено- и тонзиллотомэктомию, мастоидотомию и другие на ухе, операции при риногенных, отогенных и тонзиллогенных гнойных осложнениях. На базе центра все годы ведется межкафедральная научно-исследовательская работа.

Результаты и обсуждение. За 17 лет в Донецком дорожном ринологическом центре пролечено более 8 тысяч пациентов, около 4 тысяч из них прооперировано с использованием эндоскопической тех-

ники и современных методик. На клиническом материале центра успешно защищена кандидатская диссертация «Эндоскопическое хирургическое лечение пациентов с неопухолевыми заболеваниями верхнечелюстной пазухи» и докторская диссертация «Клиника, диагностика и эндоскопическое хирургическое лечение воспалительных заболеваний задней группы околоносовых пазух». Для оптимизации хирургического лечения ринологических больных Д.С.Боенко созданы оригинальный синустроакар и оригинальный конхокорректор, промышленный выпуск которых осуществляется фирмой «Элепс» (г. Казань, Россия). За время работы центра его сотрудниками разработано 17 новых методов лечения, защищённых патентами Украины и Российской Федерации. На базе Донецкого дорожного ринологического центра впервые обоснована экономическая эффективность применения современных методик «причинного» лечения синуситов (W.Messerclinger, 1978), которая составила 186039 грн. на одного больного (О.А.Попов и соавт., 2004). В период 2014 г по настоящее время, несмотря на сложную политическую и экономическую ситуацию, Донецкий дорожный ринологический центр продолжает работать и оказывать медицинскую помощь пациентам Донбасса. Важными задачами работы центра является разработка новых методов диагностики оториноларингологической патологии и эндоназальных эндоскопических операций при патологии ЛОР-органов у жителей Донбасса, а также научные исследования в области ринологии.

Выводы:

1. Донецкий дорожный ринологический центр является опорным медицинским учреждением, оказывающим высокоспециализированную оториноларингологическую помощь населению Донецкой и Луганской народных республик.
2. Работа Донецкого дорожного ринологического центра направлена на дальнейшее улучшение результатов лечения оториноларингологических пациентов Донбасса.

Боенко Д.С., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Боенко Н.Д., Буштрук А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПАТОЛОГИЯ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ДАКРИОЦИСТИТЕ. ТАКТИКА ХИРУРГА

Дакриоцистит является одним из самых частых заболеваний слезоотводящего аппарата глаза и составляет 2,0-7,6% офтальмологической патологии и существенно снижает качество жизни больного. Проблема хронического гнойного дакриоцистита (ХГДЦ) находится на стыке оториноларингологии и офтальмологии. В последние годы использование компьютерной томографии и эндоскопической техники в диагностике и лечении ХГДЦ приобретает все большее значение.

Целью работы явилась оценка состояния внутриносовых структур (ВНС) у пациентов с ХГДЦ и определение тактики хирургического лечения у данной группы пациентов.

Материал и методы. В 2002-2022 гг. на базах кафедры оториноларингологии ФИПО по поводу ХГДЦ прооперировано 102 пациента. Мужчин – 29 (28,4%), женщин – 73 (71,6%). Возраст больных колебался от 14 до 70 лет. Предоперационное обследование включало в себя: осмотр ЛОР органов, эндориноскопию, лучевую диагностику слезоотводящих путей, носа и околоносовых пазух с контрастированием, диагностическое промывание слезных путей, традиционные общеклинические исследования. Контрастная дакриоцистография была выполнена 34 (33,3%) пациентам. Спиральная компьютерная томография слезных путей с контрастированием – 23 (22,6%) пациентам. Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) слезных путей с контрастированием – 45 (44,1%) пациентам

Результаты и их обсуждение. Из 102 больных ХГДЦ патология ВНС была выявлена у 83 (81,4%) пациентов. Из них: у 67 (61,8%) больных – искривление носовой перегородки; у 72 (70,6%) – хронический гипертрофический ринит; у 28 (27,5%) – буллезная гипертрофия средней носовой раковины. У 90 (88,2%) пациентов вмешательство выполнялось одномоментно – коррекция ВНС комбинировалась с эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомией (ЭЭДЦРС). У 12 (11,8%) больных вмешательство проходило в 2 этапа: вначале коррекция внутриносовых структур, а затем – ЭЭДЦРС.

Выздоровление наступило у 97 (95,1%) пациентов. У 5 (4,9%) пациентов в течение полугода после хирургического лечения был выявлен рецидив заболевания.

Выводы. Искривление носовой перегородки, хронический гипертрофический ринит, буллезная гипертрофия средней носовой раковины являются основными изменениями ВНС, сопутствующими ХГДЦ. КЛКТ позволяет получить достоверные данные о топографо-анатомических взаимоотношениях слёзного мешка и внутриносовых структур, а также особенностях анатомии слезоотводящих путей. Данные анамнеза заболевания, диагностическое промывание слезных путей, КЛКТ и эндориноскопия позволяют определить возможность проведения одномоментной коррекции внутриносовых структур и дакриоцистириности, либо необходимость проведения вмешательства в два этапа.

Бойченко А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВИКТИМОГЕННЫЙ ТИП РЕАГИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОГО СТРЕССА

Актуальность. Жители Донбасса непрерывно с 2014г. подвержены воздействию комбинированного стресса: вследствие эскалации и деэскалации военного конфликта 2014-2022г.г., пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, инфодемии и информационного стресса, активации боевых действий с февраля 2022г. по настоящее время. Поддержание нормального ритма жизнедеятельности является серьезным испытанием для психики, в особенности – для больных, страдающих параноидной шизофренией. Поскольку в основе виктимизации больных шизофренией лежит механизм осознания себя как жертвы неблагоприятных условий социализации, текущая ситуация может способствовать ухудшению состояния с увеличением риска утраты их субъективного статуса, парциальной или тотальной депривацией личности.

Цель. Изучить влияние комбинированного стресса на виктимизированных больных параноидной шизофренией.

Материал и методы исследования. Было обследовано 60 пациентов в возрасте от 20 до 58 лет, с установленным диагнозом «параноидная шизофрения». В зависимости от уровня виктимности исследуемые были разделены на 4 группы: группа 1 – с отсутствием/минимальной степенью виктимизации – 13 чел. (21,5%), группа 2 – с легкой степенью виктимизации – 16 чел. (26,5%), группа 3 – умеренной степенью виктимизации – 21 чел. (35%); группа 4 – с тяжелой степенью виктимизации – 10 чел. (17%). Для оценки степени виктимизации использовался авторский опросник. Для исследования уровня тревожных и депрессивных переживаний, оценки уровня астенизации и наличия симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) использовались: Шкала депрессии Бека, Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7), Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5), Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20). Данные подвергались статистической обработке в пакете «MedStat».

Результаты и их обсуждение. У респондентов групп 1, 2, 3 не было выявлено клинически значимых симптомов депрессии: группа 1 – $5,3 \pm 0,3$, группа 2 – $6,7 \pm 0,4$, группа 3 – $7,2 \pm 0,34$. У виктимизированных больных шизофренией группы 4 было выявлено легкое депрессивное состояние – $10,8 \pm 0,4$. Различия между группами статистически достоверны ($p < 0,01$). Симптомы генерализованного тревожного расстройства у респондентов группы 1 были выражены незначительно, средний показатель опросника GAD-7 составил $3,5 \pm 0,28$ балла (минимальный уровень тревоги). Симптомы генерализованного тревожного расстройства у респондентов групп 2, 3, 4 были выражены в умеренной степени, средние показатели опросника GAD-7 составили $4,6 \pm 0,3$, $4,72 \pm 0,27$, $4,81 \pm 0,34$ балла соответственно ($p < 0,05$). Симптомы ПТСР были клинически невыраженными у испытуемых всех групп: показатели шкалы PCL-5 у респондентов группы 2 ($12,4 \pm 0,6$) были выше, чем у респондентов группы 1 ($9,8 \pm 0,56$); у респондентов группы 3 ($18,7 \pm 0,8$) выше, чем у респондентов группы 2, с наибольшими

показателями в группе 4 ($19,9 \pm 1,1$). Различия статистически достоверны ($p < 0,01$). Уровень астении выше нормы наблюдался у респондентов во всех группах: группа 1 – $43,2 \pm 0,6$, группа 2 – $45,4 \pm 0,87$, группа 3 – $47,8 \pm 1,1$, группа 4 – $49,1 \pm 1,4$ ($p < 0,01$).

Выводы. Нахождение пациентов, страдающих параноидной шизофренией, в состоянии постоянного психоэмоционального напряжения, страха за свою жизнь и/или здоровье близких, невозможность в полной мере жить, заниматься бытом и в плановом порядке получать психиатрическую помощь – приводит к выраженным в большей или меньшей степени симптомам депрессии, тревоги и астении. Можно предположить, что виктимизация у больных шизофренией, как феномен, отражающий нарастание стигматизационно-дефицитарных проявлений, обусловленных принятием роли жертвы, неблагоприятных жизненных обстоятельств, в ближайшей перспективе будет нарастать, сопровождаясь постепенно усиливающимся дефицитом личности на уровне самосознания, интрасубъектном, интерсубъектном и интегративном личностном уровне, способствуя углублению личностной дисфункции, утрате субъектности и потере возможности реализации социально-значимых потребностей.

Боловина А.Д.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА СРЕДИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Дистальная окклюзия является наиболее часто встречаемой формой нарушения прикуса в сагитальном направлении. Выявлено, что доля данной патологии в сменном прикусе составляет 40-45% [1, 2]. Проведенное в Китае исследование среди школьников 7-9 лет выявило, что дистальный прикус встречается в 50,9% случаев [3].

Дистальный прикус характеризуется нарушениями строения и функции зубочелюстной системы. Не обеспечивается в полной мере функция откусывания и жевания пищи, нарушены дыхание и звукопроизношение. Эстетический недостаток при данной патологии негативно сказывается на психологическом состоянии ребенка. Также дистальная окклюзия может стать причиной развития дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [1].

Целью нашего исследования явилось определение частоты встречаемости дистального прикуса среди школьников младшего школьного возраста.

Материалы и методы. Нами было обследовано 285 школьников г. Волгограда 8-12 лет. Определялось соотношение зубных рядов согласно классификации Энгля.

Результаты исследования. Среди общего числа обследованных 71,6% составили дети с I классом по Энгля, 19,6% – с II классом, 8,8% – с III классом. Среди детей с дистальной окклюзией у 60,4% наблюдалась протрузия верхних резцов (1 подкласс), а у 39,6% – ретрузия (2 подкласс).

Согласно проведенному исследованию, частота встречаемости дистального прикуса (19,6%) у детей младшего школьного возраста г. Волгограда несколько ниже, чем описано в литературных источниках. Однако не стоит забывать о необходимости ранней диагностики и своевременном лечении данной патологии прикуса.

Список литературы:

1. Аюпова Ф. С., Хотко Р. А. Современные тенденции выбора тактики и способа лечения растущих пациентов с дистальной окклюзией (обзор литературы). *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2020;20(2):156-159
2. Косюга С. Ю., Сироткина В. С. Эффективность ортодонтического лечения дистального прикуса у детей 7 лет // *Проблемы стоматологии*. 2019. №1.
3. Yu X, Zhang H, Sun L, Pan J, Liu Y, Chen L. 2019. Prevalence of malocclusion and occlusal traits in the early mixed dentition in Shanghai, China.

Борт Д.В., Скланная Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИЗМЕНЕНИЕ КОАГУЛОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ И ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ

Введение. Влияние тромбоцитопении (ТП) на течение острого инфаркта миокарда (ОИМ) остаётся малоизученным. Нами были получены данные, что исходная ТП является независимым предиктором как геморрагических, так и ишемических осложнений. В связи с этим поиск предикторов гипо- и гиперкоагуляции у таких пациентов является перспективным клиническим направлением исследований.

Цель работы. Изучить изменения коагулограммы у пациентов с ОИМ и ТП.

Материалы и методы. Было обследовано 482 пациента (150 женщин и 332 мужчин), госпитализированных в отделение неотложной кардиологии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака г. Донецка в период с 01.01.2018 по 31.12.2021 г. с диагнозом острый инфаркт миокарда в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Все пациенты были разделены по уровню тромбоцитов на 2 группы: в 1 группу вошли 46 человек с ТП (уровень тромбоцитов менее $150 \times 10^9/\text{л}$), во вторую 436 пациентов с нормальным уровнем тромбоцитов ($151-399 \times 10^9/\text{л}$). Всем пациентам определяли протромбиновый индекс (ПТИ) и уровень фибриногена (ФГ). Забор венозной крови выполнялся в первые 60 минут от момента госпитализации. Всем пациентам назначалась двойная антиагрегантная и гиполипидемическая терапия в соответствии со стандартными клиническими протоколами.

Результаты. Пациенты в обеих группах не отличались по возрасту ($64,5 \pm 10,5$ лет в 1 группе и $62,2 \pm 11,0$ лет, $p > 0,05$) и полу (34,8% женщин в 1 группе и 30,7% женщин во 2 группе, $p > 0,05$). Уровень ПТИ был значимо ниже в 1-й группе ($78,4870 \pm 11,90$; 95% ДИ 74,95-82,02) по сравнению со 2-й группой ($87,8931 \pm 10,29$; 95% ДИ 86,92-88,86, $p < 0,0001$). Уровень фибриногена был достоверно выше в 1-й группе ($4,98 \pm 2,12$; 95% ДИ 4,35-5,61) по сравнению со 2-й группой ($3,86 \pm 1,58$; 95% ДИ 3,72-4,02, $p < 0,0001$).

Выводы. У пациентов с ОИМ и ТП наблюдается значимое снижение уровня ПТИ, что может являться фактором риска развития кровотечений, а также повышение уровня фибриногена, что может приводить к развитию ишемических осложнений, таких как тромбозы коронарного стента, повторный инфаркт миокарда и ишемический инсульт. Рекомендован мониторинг состояния системы гемостаза у таких пациентов для определения тактики ведения и прогноза.

Бояр О.А., Беседина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Калиберда С.В., Скрипка Л.В., Мельник К.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Донецк

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ И ЭПИЗООТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ЛЕПТОСПИРОЗУ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ

Актуальность. Лептоспироз (Л) относится к природно-очаговым зоонозным инфекционным заболеваниям. Возбудитель Л – бактерии рода *Leptospira* (вид *Leptospira interrogans*), класса спирохет. Лептоспироз продолжает занимать одно из ведущих мест среди других зоонозных инфекций, способных вызывать тяжелое заболевание у человека. На территории Донецкой Народной Республики (ДНР) существует два природных очага Л – территория вокруг Зуевского и Старобешевского водохранилищ. Основным источником лептоспир серогруппы *Icterohaemorrhagiae* в ДНР являются серые крысы.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ и изучить характеристику эпидемиологического процесса Л на территории ДНР с дальнейшей разработкой профилактических и противоэпидемических мероприятий и формированием прогноза на 2023 г.

Материалы и методы. Ретроспективно была проанализирована эпидемическая и эпизоотическая ситуация по Л по материалам отделения особо опасных инфекций Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения ДНР (РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР) за последние 5 лет.

Результаты. За анализируемый период времени на территории ДНР было зарегистрировано 7 случаев Л, которые завершились летальным исходом. В 60% установленных случаев заражение лептоспирами произошло за счет контактного механизма передачи. Заболевшие ловили рыбу, купались в не обустроенных водоемах или выполняли сельскохозяйственные работы.

В 2018 г. в ДНР было зарегистрировано 2 случая Л, показатель заболеваемости (ПЗ) составил 0,09 на 100 тыс. населения. В 2019 г. было зарегистрировано 2 случая Л у жителей г. Донецка и г. Макеевки, ПЗ составил 0,09 на 100 тыс. населения. Диагноз Л был установлен на основании клинических данных и подтвержден серологическими исследованиями. Так, у жителя Донецка согласно результатам анализа «трупной» крови выделены антитела к лептоспирам серогруппы *Icterohaemorrhagiae*. У жителя г. Макеевка согласно результатам анализа сыворотки крови и «трупной» крови выявлены антитела к лептоспирам серогруппы *Grippotyphosa*. В 2020 г. было зарегистрировано 2 случая Л, ПЗ составил 0,09 на 100 тыс. населения. В 2021 г. был зарегистрирован единственный случай заболевания Л у жителя г. Донецка, завершившийся летально, ПЗ составил 0,04 на 100 тыс. населения. Диагноз Л у этого больного был установлен на основании клинических данных и положительных результатов лабораторных исследований (антитела к лептоспирам серогруппы *Icterohaemorrhagiae* в титре 1:800).

В рамках проведения профилактических мероприятий на протяжении 2018-2021 гг, в лаборатории особо опасных инфекций РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР было обследовано на Л 557 человек, в т.ч. с диагностической целью – 48 человек. Из них у 7 человек, обследованных посмертно, результаты исследования были положительными. У 520 человек, обследованных с профилактической целью, установлены отрицательные результаты. По результатам проведенного мониторинга за циркуляцией возбудителей Л и заболеваемости людей на территории ДНР регистрировались следующие виды лептоспир: *Grippotyphosa*, *Icterohaemorrhagiae*, *Pomona*, *Javanica*. В большинстве случаев (67-100%) у больных были обнаружены антитела к лептоспире *Icterohaemorrhagiae*.

На протяжении ряда лет в ДНР довольно отчетливо заметна сезонность Л в период с июня по сентябрь. Первые случаи Л обычно начинают регистрироваться с начала июля и до конца года. В 90-100% случаев заболевшие – мужчины, в эпидемическом анамнезе которых отмечались купание, ловля рыбы и раков в водоемах, преимущественно в черте населенных пунктов.

Выводы. Учитывая наличие мышевидных грызунов в населенных пунктах ДНР при отсутствии или недостаточно тщательном проведении мер борьбы с ними, в т.ч. и в природных очагах, прогноз по Л на 2023 г. следует считать неблагоприятным.

Бояр О.А., Лыгина Ю.А., Мельник К.В., Андреев Р.Н., Беседин И.Е., Колесникова Н.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО САЛЬМОНЕЛЛЕЗУ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2019-2021 ГГ.

Сальмонеллезная инфекция занимает значимое место в этиологической структуре заболеваемости острыми кишечными инфекциями и характеризуется повсеместным распространением. В настоящее время во всем мире отмечается рост числа случаев сальмонеллеза, ежегодно регистрируется свыше 500 млн. заболевших, в том числе детей дошкольного возраста. Следует отметить, что у данной возрастной группы сальмонеллез протекает наиболее тяжело и с большим количеством осложнений. Циркуляция инфекции в человеческой популяции ассоциирована с пищевыми продуктами животного

происхождения (мясо птицы, говядина, куриные яйца, молоко и др.), поэтому эпизоотии среди сельскохозяйственных животных и неблагоприятная эпидемическая обстановка на птицефермах остаются основным фактором риска. Кроме того, разнообразные социальные катастрофы, миграционные процессы и импорт и изменения технологии производства продуктов питания способствуют широкому распространению инфекции.

Нами проведен эпидемиологический анализ заболеваемости сальмонеллезом в Донецкой Народной Республике (ДНР) по данным Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения ДНР за 2019-2021 гг.

За исследуемый период заболеваемость сальмонеллезом в ДНР снизилась на $23,9 \pm 1,8\%$ (средний показатель заболеваемости составил $15,3 \pm 3,69$ на 100 тыс. населения). В возрастной структуре заболеваемости преобладали дети до 17 лет (в 2019 г. их удельный вес среди заболевших составил 50,3%, в 2020 г. – 58,4%, в 2021 г. – 56,1%), при этом 6,1% случаев заболевания приходилось на детей до 1 года. Следует отметить, что 86,7% заболевших детей не посещали детские дошкольные и школьные учреждения. Анализ факторов передачи инфекции выявил следующую картину: $45,3 \pm 4,2\%$ приходилось на куриные яйца (употребляемые в сыром виде и недостаточно термически обработанные) – в 49,1% случаев яйца были куплены на городских рынках, в 21,2% получены от домашних кур. На втором месте по эпидемической значимости находилось мясо кур и уток, приобретенное на рынке – 11,3%. В 10,8% случаев заражение произошло вследствие несоблюдения правил личной гигиены. Также значимыми факторами передачи сальмонеллеза были молочная продукция (7,1%), рыбные изделия (7,4%) и домашняя кулинария (6,9%). В видовой структуре возбудителей основное место занимали сальмонеллы группы «D», в частности, *Salmonella* (далее S.) *enteritidis* (79,6% в 2021 г., 81,8% в 2020 г., 89,4% в 2019 г.). Следует отметить, что в 2021 г. доля сальмонелл группы «B» в этиологической структуре возбудителей составила 14,1% (*S.typhimurium* – 10,2%, *S.essen* – 3,9%), группы «C» – 6,3% (*S.muenchen* – 6,3%). В 2020 г. сальмонеллы группы «B» составляли 13,0% (*S.typhimurium* – 11,7%, *S.essen* – 1,3%) в общей структуре, группы «C» – 5,2% (*S.ferruch* – 1,3%, *S.muenchen* – 1,3%, *S.braenderup* – 1,3%, *S.bovismorbificans* – 1,3%). В 2019 г. распределение по видовой структуре возбудителей было следующим: группа «B» – 8,5% (*S.typhimurium* – 8,0%, *S. derby* – 0,5%), группа «C» – 1,6% (*S. newport* – 0,53%, *S. manhattan* – 0,53%, *S. colindale* – 0,53%).

Установлено снижение заболеваемости сальмонеллезом в ДНР в течение исследуемого периода, что свидетельствует о достаточной эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий. Однако, все еще остается риск распространения этой инфекции с пищевыми продуктами. Это требует усиления контроля за эпизоотической ситуацией с целью раннего выявления вспышек инфекции на птицефермах и среди домашней птицы. Кроме того, следует проводить дополнительную санитарно-просветительскую работу среди населения в отношении соблюдения правил личной гигиены для предотвращения распространения сальмонеллезной инфекции.

Брейгер Ю.М.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ПРИЁМЫ И МЕТОДЫ АКТУАЛИЗАЦИИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ В ИЗУЧЕНИИ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА НА ЗАНЯТИЯХ СО СТУДЕНТАМИ, ОБУЧАЮЩИМИСЯ НА ОТДЕЛЕНИЯХ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ, ФАРМАЦИЯ И ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Современный уровень научно-технического развития, новые возможности, обусловленные глобализацией, создание единого европейского образовательного и научного пространства с едиными требованиями, критериями и стандартами несет в себе множество перспектив. Перспективы открываются как в плане расширения международных контактов, так и в получении новых профессиональных знаний и опыта за рубежом, что важно для будущего специалиста, претендующего на достойную работу и профессиональную карьеру. Модернизация системы образования и ее содержания повысила

значимость иностранного языка как дисциплины, направленной на формирование коммуникативных языковых компетенций. В первую очередь это касается языка специальности, который становится необходимой и обязательной составляющей профессиональной подготовки студента. Поэтому в последнее время становится всё более актуальной проблемы поиска новых приемов и методов актуализации и совершенствования знаний, умений и навыков в рамках изучения английского языка у студентов той или иной специальности. И это стоит в приоритетных задачах преподавателя высшей школы сделать занятие по английскому языку максимально информативным, насыщенным, интересным и продуктивным.

Направленность на совершенствование навыков означает, что занятия могут строиться на материале, где преобладает либо лексический, либо грамматический аспект. Среди основных принципов, на которых строятся занятия, можно выделить следующие: определение цели занятия, способов ее достижения и ожидаемых результатов, взаимосвязь видов речевой деятельности, коммуникативная направленность этапа тренировки и дальнейший переход к речевой практике.

Мы в своей работе постараемся предложить и проанализировать возможные приёмы и методы совершенствования знаний, умений и навыков при изучении английского языка. Эти методы были апробированы на занятиях со студентами 1 и 2 курсов таких специальностей, как Лечебное дело, Фармация и Клиническая психология.

Рассмотрим приемы для совершенствования знаний, умений и навыков в процессе обучения английскому языку студентов специальности Лечебное дело

На занятиях английского языка студенты изучают специальную лексику, повторяют грамматику, пытаются использовать новые лексические единицы в письменной и устной речи. В силу ограниченности времени изучения английского языка, а также определенных недостатков в структуре существующих программ, не всегда получается донести до студентов всю информацию в полном объёме, а также потренировать навыки использования специальной лексики в речи. Здесь на помощь приходят определенные методические приемы. Например, для лучшего усвоения грамматического материала, необходимо разбить информацию на схематические блоки, преподнося материал от простого к сложному. Здесь действует приём так называемый « Snow ball». Можно также использовать метод наглядной интерпретации грамматического материала. Если говорить о лексических приемах, то здесь можно привести пример составления монологических высказываний с использованием активной лексики. В процессе тренировки разговорной речи можно применять приём воспроизведения реальных ситуаций в аспекте « Врач – пациент», составляя и проигрываю диалоги с использованием активной лексики

А сейчас рассмотрим возможные приёмы активизации знаний на занятиях английского языка со студентами специальности фармация. Здесь интересно бы было привести пример работы с лексическим материалом.

Один из приёмов это воспроизведение реальных ситуаций « Фармацевт- клиент» Ну и, наконец, если говорить о клинической психологии, то это такие приемы, как диалоги в аспекте «Клинический психолог-пациент», а также мини конференции по изучаемым темам курса.

Брова Ю.А., Денисова Е.М., Паниева Н.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Частое сочетание артериальной гипертензии и сахарного диабета (СД) 2 типа определяет социальную и медицинскую значимость проблемы сосуществования данных нозологий. Общность, однонаправленность и взаимоусиление патогенетических механизмов, оказывающих повреждающее воздействие на сердце, способствуют увеличению частоты нарушений ритма у данной категории пациентов.

Цель: изучить распространенность различных нарушений ритма сердца у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и СД 2 типа.

Материалы и методы: проводился ретроспективный анализ 92 истории болезни пациентов, проходивших лечение в отделении кардиологии УНЛК (университетская клиника). В основную группу были включены 42 пациента, страдающих ГБ и СД 2 типа. Средний возраст в данной группе составил 61,9 + 10,0 лет (из них 22 женщины в возрасте от 48 до 85 лет и 20 мужчин в возрасте от 41 до 78 лет). В группу сравнения включены 50 пациентов с ГБ без СД в среднем возрасте 58,4 + 10,5 лет (из них 23 женщины в возрасте от 48 до 79 лет и 27 мужчин в возрасте от 32 до 75 лет). Критерии исключения: инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, стенокардия, ревматическая болезнь сердца, миокардит, постмиокардитический кардиосклероз, кардиомиопатии, болезни, сопровождающиеся гипо- или гиперфункцией щитовидной железы, электролитные нарушения. Всем больным выполнялось 24-часовое мониторирование ЭКГ по Холтеру на аппарате «Кардиотехника-04-АД-3(М)» («ИНКАРТ», Россия). По данным мониторирования оценивали наличие и частоту встречаемости различных нарушений ритма сердца в группах исследования. Для оценки достоверности различий частоты встречаемости отдельных признаков использовался критерий χ^2 (хи-квадрат). Статистически значимые различия между выборками определяли при $p < 0,05$. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи компьютерной программы MedStat.

Результаты: при анализе данных холтеровского мониторирования ЭКГ в основной группе аритмии выявлены у 28 пациентов, что составило 66,6%, при этом в группе сравнения нарушения ритма сердца зафиксированы у 16 пациентов – 32,0%.

При сравнительном анализе отмечено, что у пациентов основной группы достоверно чаще встречались наджелудочковая экстрасистолическая аритмия в 30,0% случаев ($n=13$), желудочковая экстрасистолическая аритмия – 26,19% ($n=11$), в том числе экстрасистолы высоких градаций по Ryan – в 63,64% ($n=7$), фибрилляция-трепетание предсердий – 16,0% случаев ($n=7$). В то же время в группе сравнения зарегистрировано: случаи наджелудочковой экстрасистолической аритмии – 4,0% ($n=2$), желудочковой экстрасистолической аритмии – 6,0% ($n=3$), из них всего у 33,33% ($n=1$) зафиксирована экстрасистолия высокой градации по Ryan, фибрилляция-трепетание предсердий – 2,0% ($n=1$).

Также у пациентов с ГБ и СД регистрировались пароксизмы других суправентрикулярных тахикардий в 9,52% случаев ($n=4$), эпизоды желудочковой парасистолической аритмии – 9,52% случаев ($n=4$), ускоренного идиовентрикулярного ритма и желудочковой тахикардии – 4,76% случаев ($n=2$), тогда как в группе сравнения эти цифры составили 4,0% ($n=2$), 2,0% ($n=1$) и 4,0% ($n=2$) соответственно, однако различия в частоте встречаемости этих аритмий в группах исследования были статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Выводы: у пациентов с коморбидной кардиоэндокринной патологией чаще встречаются такие нарушения ритма, как наджелудочковая и желудочковая экстрасистолическая аритмия, фибрилляция-трепетание предсердий, что позволяет считать наличие СД дополнительным фактором, усугубляющим электрическое ремоделирование миокарда у больных с ГБ.

Брюханова С.Т., Павлович Л.В., Ежелева М.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

УСЛОВИЯ ТРУДА РАБОТНИКОВ УГЛЕБОГАТИТЕЛЬНОЙ ФАБРИКИ

Одной из ведущих отраслей народного хозяйства Донецкого региона является угольная промышленность. Однако интенсификация процессов подземной выемки «черного золота» существенно ухудшила качество рядового угля, поднимаемого нагора. В связи с этим, в настоящее время особое внимание на углеперерабатывающих предприятиях уделяется проблеме повышения качества выпускаемой продукции, которое на современном этапе возможно только с применением высокопродуктивных методов обогащения.

Технологический процесс обогащения угля включает ряд последовательных этапов: углеприем и предварительную обработку углепородной массы, обогащение (крупной, мелкой фракции и шлама), обезвоживание (механическое и термическое), водно-шламовое хозяйство, породное хозяйство, погрузку продуктов обогащения и контроль качества продукции.

Условия труда на большинстве рабочих мест предприятий по обогащению угля характеризуются воздействием комплекса неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса. Основными из них являются высокая запыленность, химические вещества, производственный шум, технологическая вибрация, неблагоприятный микроклимат, тяжелые физические нагрузки.

Поскольку основные рабочие места специалистов углеобогатительных предприятий находятся в неотапливаемых помещениях или на открытом воздухе, нами при выполнении исследований по оценке их условий труда, особое внимание было уделено изучению влияния охлаждающего микроклимата на организм. Установлено, что температура воздуха на рабочих местах в холодный период года составляла от $4,6 \pm 0,4$ до $14,2 \pm 0,6$ °С. При этом действие низких температур усугублялось высокой скоростью движения воздуха (до 0,4-0,6 м/с) и повышенной относительной влажностью (75-80%). Все неблагоприятные микроклиматические показатели были обусловлены технологическим процессом.

Данные литературы и наши предыдущие исследования свидетельствуют о том, что охлаждающий микроклимат может приводить к гипотермии, вследствие чего ухудшается тепловое состояние рабочих, снижается их работоспособность, повышается заболеваемость, в том числе и профессиональная. При анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) рабочих углеобогатительных фабрик региона нами установлено, что в холодный период года заболеваемость органов дыхания составляла 6,1 случай и 61,9 дней на 100 работающих, что вдвое выше, нежели в теплый период года.

В связи со спецификой технологического процесса обогащения угля, корректировать микроклиматические условия на рабочих местах, температурный режим на которых зачастую определяется погодными условиями, не всегда представляется возможным. Исходя из этого, после интегральной оценки производственного холодного стресса при рекомендации профилактических мероприятий мы сместили акцент на повышение холодовой устойчивости организма. Нами предложен комплекс мер, который способствовал повышению холодовой устойчивости организма рабочих путем дискретных термических воздействий на термочувствительные зоны. Эффективность использованного способа оценивали по показателям теплового состояния (термоградиент А), теплового самочувствия, работоспособности и заболеваемости с ВУТ органов дыхания.

Проведенные исследования показали, что термические воздействия на термочувствительные зоны человека приводят к улучшению теплового состояния, повышению работоспособности и снижению заболеваемости с ВУТ органов дыхания.

Предложенный метод повышения холодовой устойчивости может быть использован на других промышленных предприятиях, специфика технологического процесса на которых сопряжена с воздействием низких температур.

Бублик Я.В., Беседина Е.И., Подоляка В.Л., Зяблицев Д.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ПРЕДМЕТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА

Актуальность. Организация здравоохранения и общественное здоровье обусловлено тем, что в условиях рыночной экономики и совершенствования системы здравоохранения многими медицинскими учреждениями и другими медицинскими организациями управляют врачи, не имеющие специальной подготовки в организации здравоохранения. Организация здравоохранения и общественное здоровье является основным экономическим и социальным потенциалом страны, определяемым возможными причинами окружающей среды и влиянием образа жизни населения, что гарантирует лучший уровень жизни.

Материалы и методы. Организация здравоохранения и общественное здоровье освещает вопросы государственной политики в области здравоохранения, оценивает сущность и основные положения законодательных документов, вопросы организации лечебно-профилактической помощи населению,

организационные принципы государственной системы здравоохранения и основы ее управления на различных уровнях.

Эффективная работа системы здравоохранения гарантируется созданием законодательной базы, влияющей на сохранение и укрепление здоровья населения, наличием определенных ресурсов, включая финансирование отрасли, организацией учреждений здравоохранения в соответствии с ключевыми направлениями здравоохранения, осуществлением обучения и переподготовки медицинского персонала.

Конечно, создание материально – технической базы здравоохранения, подготовка кадров, внедрение новых технологий требуют больших финансовых вложений, поэтому главным представляется гарантия источников финансирования отрасли. В соответствии с преобладанием такого источника средств также создается система здравоохранения.

Внедрение инновационных технологий, применение современных достижений в медицине и здравоохранении основаны на тесном и взаимовыгодном сотрудничестве научно-исследовательских и медицинских учреждений.

Результаты. Организация здравоохранения и общественное здоровье в первую очередь способствует повышению качества профессиональной переподготовки, а также повышению квалификации практических руководителей здравоохранения, особенно развитию их навыков правильной диагностики и лечения пациента, но также и способности организовать высокий уровень медицинской помощи, на современном переломном этапе становления нашего здравоохранения, необходимо понимать впечатляющие теоретические знания и практические навыки координации, при внедрении вновь созданного экономического механизма в управление медицинскими учреждениями от будущего врача.

Выводы. Новое общественное здравоохранение – это комплексный подход к сохранению и укреплению здоровья отдельных людей и общества в целом. Этот подход учитывает демографические, эпидемиологические, политические, социально-экономические, культурные и физические факторы.

Задачей организации здравоохранения является мобилизация и координация всех возможных ресурсов общества для обеспечения здоровья населения.

Любой врач должен быть хорошим организатором своего дела, уметь четко организовать работу подчиненного ему медицинского персонала, знать медицинское и трудовое законодательство, владеть элементами экономики и менеджмента.

Бубликова А.М., Стафинова Е.А., Коценко Ю.И., Сохина В.С., Максименко О.Л., Шевченко В.В., Сигитова Е.В., Масенко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВРАЧА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ: ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ СУЩНОСТИ

Медицинская деятельность (МД) – комплексная система, включающая организацию предоставления гражданам медицинской помощи, ее непосредственное оказание в рамках диагностических, лечебно-профилактических мероприятий, а также контроль качества предоставляемых медицинских услуг. Основной целью МД является охрана здоровья, лечение и реабилитация пациентов.

Профессиональная компетентность врача – это способность специалиста с момента начала своей профессиональной деятельности успешно отвечать общественным требованиям медицинской профессии путем эффективного и надлежащего выполнения задач врачебной деятельности и демонстрировать надлежащие личные качества, мобилизуя для этого релевантные знания, умения, навыки, эмоции, опираясь на свою внутреннюю мотивацию, моральные, этические ценности и опыт.

К основным группам задач, отражающим профессиональную компетентность врача относят:

1. Видеть пациента как личность в лечебно-диагностическом процессе.
2. Строить диагностический и лечебный процесс, ориентированный на достижения современной медицины.
3. Устанавливать взаимодействия с другими субъектами лечебно-диагностического процесса.

4. Организовывать профилактическую работу с пациентами с целью предотвращения наиболее распространенных заболеваний и мотивации на здоровый образ жизни.

5. Планировать и осуществлять непрерывное медицинское образование.

В настоящее время вышеперечисленные задачи наполняются современным содержанием, при этом содержание представленных задач зависит от специфики врачебной специальности. Анализируя содержание профессиональных задач врача на современном этапе, можно утверждать, что на каждом уровне оказания медицинской помощи существует психолого-педагогический аспект в структуре медицинской деятельности, который находит отражение в профессиональных компетенциях врача.

Задача «Видеть личность пациента в лечебно-диагностическом процессе» имеет особую значимость, т.к. по мнению многих ученых и практиков «по-прежнему для медика на первом плане остается пациент, а не личность больного и подавляющее большинство медицинских работников не видят в психологах, в психологических методах лечения пользы и выгоды для пациента. Как и много лет назад в медицине доминирует технократическое мышление, парадигма высоких технологий».

Исследователи отмечают, что в системе практического здравоохранения потребность в психолого-педагогической подготовке специалистов-медиков ощущалась уже давно. Большинство жалоб, поступающих в руководящие органы здравоохранения, обусловлено не

столько претензиями к профессиональной подготовке медицинских работников, сколько к уровню и качеству общения в системе «медицинский работник – пациент». К недостаткам процесса общения многие пациенты и их родственники относят, в частности, неумение медработника выслушать, понять пациента, доступно объяснить необходимость и адекватность проводимой терапии, умело разрешать неизбежно возникающие при длительном лечении конфликты. Кроме того, наряду с потребностью в разъяснениях для пациента важен характер эмоциональных взаимоотношений, наличие доверительного контакта. Зачастую, в ходе лечебного взаимодействия пациент ищет у медицинского работника душевной опоры, понимания своих переживаний и эмоциональной поддержки. Причины сложившейся ситуации ученые видят в том, что в рамках медицинского образования преобладающей остается патогенетическая парадигма и игнорируется саногенетическая. За время изучения клинических дисциплин в медицинском ВУЗе студент подавляющую часть времени изучает и видит на практике то, как «люди заболевают, болеют и умирают». Вследствие доминирования патогенетической парадигмы в медицинском образовании из медицинского университета нередко выходит специалист с убеждением, что «все болезни – хронические». Таким образом, слабая психолого-педагогическая подготовка привела, в какой-то мере, к деэтизации и дегуманизации профессионального сознания и деятельности медицинских работников.

Содержание первой задачи «Видеть личность пациента в лечебно-диагностическом процессе» среди вышеуказанных должно включать умение врача отслеживать результативность обучения пациента и его семьи, выявлять влияние психолого-педагогической деятельности на эффективность лечения и поддержание здоровья. Данное умение является одним из составляющих психолого-педагогической деятельности врача.

Задача «Строить диагностический и лечебный процесс, ориентированный на достижения современной медицины» включает умение врача обосновывать диагноз пациента, выбирать тактику лечения, осуществлять прогноз заболевания и трудоспособности, а также факторы риска для здоровья пациента и построение индивидуализированных программ реабилитации и профилактики.

При решении задач, связанных с организацией профилактической работы с пациентами с целью предотвращения наиболее распространенных заболеваний и мотивации на здоровый образ жизни, врач должен организовывать и использовать различные формы и методы работы с пациентами внутри лечебно-профилактического учреждения, среди которых особое место занимает формирование у пациентов мотивации на здоровый образ жизни. В общем понимании психолого-педагогическая деятельность врача – это процесс обучения и воспитания пациентов, их семей самосохранительному поведению. В связи с этим, решая задачи, связанные с умением видеть пациента в лечебно-диагностическом процессе, врачу необходимо оценить факторы риска для здоровья пациента и соотнести их с его мотивацией на отказ от вредных привычек и здоровый образ жизни.

В процессе решения профессиональных задач, обращенных к необходимости устанавливать взаимоотношения с другими субъектами лечебно-диагностического процесса, врачу необходимы ком-

муникативные умения. При планировании и осуществлении своего профессионального образования врач должен отслеживать его эффективность и уметь правильно определять приоритеты в выборе тем и вопросов, которые ему необходимо изучить.

Таким образом, психолого-педагогическая деятельность врача является не отдельной профессиональной задачей медицинской деятельности, а основой всех основных профессиональных задач врача. Исходя из этого, можно говорить об особых требованиях как к профессиональной медицинской деятельности в целом, так и к психолого-педагогической деятельности врача. Требования эти определяются в первую очередь достижением нового качества здравоохранения, которое, в свою очередь, определяется тем, насколько система здравоохранения обеспечивает пациенту уровень качества жизни и здоровья. При этом существенно изменяется взгляд на перераспределение значимости функций в профессиональной деятельности врача и системы здравоохранения: от лечебно-диагностической к профилактической, к «созданию условий, возможностей и мотивации населения для ведения здорового образа жизни».

Бубликова А.М., Статинова Е.А., Сохина В.С., Коценко Ю.И., Максименко О.Л., Прокопенко Е.Б., Шевченко В.В., Масенко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АКТУАЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Болезнь Паркинсона (БП) – второе по распространенности нейродегенеративное заболевание в мире после болезни Альцгеймера (БА). По данным ВОЗ, в мире более 4 млн человек страдают БП, причем прогнозируется рост заболеваемости. Согласно данным о мировой заболеваемости БП, на 1000 населения приходится 1-2 случая, причем наиболее часто в старших возрастных группах. В этом аспекте рост общей продолжительности жизни в мире, а также по-прежнему спорные вопросы патогенеза БП заставили многих авторов заняться проблематикой изучения этиологии данного заболевания.

Согласно современным представлениям ведущая роль в развитии нейродегенеративного процесса при БП отводится пресинаптическому белку α -синуклеину (α -syn). В нормальных условиях α -syn представлен в клетке в виде тетрамера, предположительно участвующего в процессах везикулярного транспорта и регуляции дофаминергической трансмиссии. Данный белок широко экспрессируется в различных отделах центральной нервной системы (ЦНС) и составляет около 1% всей массы мозга, однако точно его физиологические функции остаются неизвестными. До сих пор неясными остаются причины повышения агрегация α -syn. Имеющиеся на настоящий момент теории о генетической предрасположенности к данному процессу объясняют лишь семейные формы БП и мало затрагивают спорадические формы. Велико влияние генетического полиморфизма на развитие БП. Поскольку, на наш взгляд, текущие исследования не затрагивают в полной мере влияния других факторов на развитие БП, то на сегодняшний день приходится говорить о практически полной генетической детерминированности БП. При этом накоплено немало данных, рассматривающих механизмы развития БП как совокупность генетических, иммунных, средовых и метаболических факторов, приводящих в конечном итоге к развитию доклинической формы БП и дальнейшему ее прогрессированию с появлением клинической симптоматики. Следует отметить, что α -syn, помимо своего «классического» токсического действия, которое он оказывает на нервные клетки, обладает еще и влиянием на метаболизм дофамина и гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), участвуя в регуляции процессов ее высвобождения из синаптических везикул. По данным последних исследований, сама ГАМК является регулятором процессов высвобождения α -syn из синаптических везикул, в которых она связана С-концевым фрагментом с их липидной мембраной.

Важно подчеркнуть, что исследователи в последнее время все чаще говорят о БП не только как о нейродегенеративном, но и как о хроническом нейровоспалительном заболевании. Данная гипотеза укладывается в первичную роль генетического детерминизма БП и связывает патогенез БП с другими

нейродегенеративными заболеваниями, такими как деменция с тельцами Леви, болезнь Альцгеймера и рассеянный склероз, открывая перспективу создания осмысленной концепции БП как мультифакторного заболевания. При этом нейровоспаление может являться связующим звеном в цепочке взаимодействия комплекса экзо- и эндогенных факторов, влияющих на развитие и патогенез БП.

Ключевыми компонентами на ранних этапах БП являются: наследственные мутации, оксидативный стресс или митохондриальная дисфункция; наличие хотя бы одного из трех компонентов может способствовать патологии метаболизма α -syn и развитию БП. При этом понятия «оксидативный стресс» и «митохондриальная дисфункция» можно включить в комплексное понятие «хроническое нейровоспаление», что на данный момент является ведущей теорией в патогенезе БП.

Представленные данные отображают проблему, сложившуюся в области поиска истинной причины развития нейродегенеративных заболеваний. Огромное количество исследований, проводимых в мире, наглядно показывают заинтересованность ученых данной проблемой и необходимость обретения единой точки зрения на этиологию БП, что может радикально повлиять на подход к лечению.

Бугаева О.В., Акимова Н.С., Шварц Ю.Г.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, г. Саратов

СВЯЗЬ СУТОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ГИППОКАМПА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Цель исследования. Проанализировать связь суточной вариабельности артериального давления (АД) с морфологическими параметрами гиппокампа у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), развившейся на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы. 90 больным с ХСН II-IV функционального классов (основная группа исследования) и 50 пациентом с ГБ I-II стадий без признаков ХСН и ИБС (группа сравнения) проводилась ядерно-магнитно-резонансная томография головного мозга с измерением длин и объемов правого и левого гиппокампов. Критериями исключения явились: заболевания и состояния, оказывающие самостоятельное влияние на развитие морфологических изменений головного мозга, в том числе выраженная соматическая патология, гемодинамически значимые стенозы и атеросклеротические бляшки артерий головы и шеи, употребление психоактивных веществ. Использовался парный корреляционный анализ, программа Statistica 10.0.

Результаты. При проведении парного корреляционного анализа у пациентов с ГБ, ХСН и ИБС выявлены следующие статистически значимые связи: меньшая вариабельность систолического АД днем связана с меньшей длиной правого гиппокампа ($R = 0,58$). У пациентов с ГБ без ХСН и ИБС при проведении парного корреляционного анализа более высокая вариабельность диастолического АД ночью была ассоциирована с меньшей длиной как левого, так и правого гиппокампа, а также – с меньшим объемом левого гиппокампа ($R = -0,49, -0,63, -0,42$ соответственно). Более высокая вариабельность систолического АД ночью была связана с меньшей длиной правого гиппокампа ($R = -0,46$).

Вывод. Суточная ВАД разнонаправленно связана с морфологическими изменениями гиппокампа в группах обследованных пациентов: в основной группе атрофические изменения гиппокампа связаны с меньшими значениями суточной ВАД, а в группе сравнения – напротив, с большими.

Бугаева О.В., Акимова Н.С., Шварц Ю.Г.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, г. Саратов

СВЯЗЬ ЭПИЗОДОВ ГИПОТОНИИ С ТОЛЩИНОЙ СЕРОГО ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Цель исследования. Проанализировать связь эпизодов гипотонии с показателями толщины серого вещества головного мозга у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), развившейся на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы. 90 больным с ХСН II-IV функционального классов (основная группа исследования) и 50 пациентом с ГБ I-II стадий без признаков ХСН и ИБС (группа сравнения) проводилась ядерно-магнитно-резонансная томография головного мозга с измерением толщины серого вещества лобных, затылочных, височных и теменных долей. Критериями исключения явились: заболевания и состояния, оказывающие самостоятельное влияние на развитие морфологических изменений головного мозга, в том числе выраженная соматическая патология, гемодинамически значимые стенозы и атеросклеротические бляшки артерий головы и шеи, употребление психоактивных веществ. Использовался парный корреляционный анализ, программа Statistica 10.0.

Результаты. При парном корреляционном анализе у больных с сочетанием ХСН, ИБС и ГБ более частые эпизоды гипотонии систолического артериального давления (АД) и диастолического АД в периоде ночного сна были статистически значимо ассоциированы с меньшей толщиной серого вещества затылочных долей головного мозга ($R = -0,39$ и $-0,50$ соответственно). У пациентов с ГБ без признаков ХСН и ИБС парный корреляционный анализ показал, что более частые эпизоды снижения диастолического АД в ночное время суток были ассоциированы с меньшей толщиной серого вещества теменных долей ГМ ($R = -0,47$).

Вывод. На фоне ХСН более частые эпизоды гипотонии диастолического АД в период ночного сна были ассоциированы с меньшей толщиной серого вещества затылочных долей головного мозга, а в группе сравнения – с меньшей толщиной серого вещества теменных долей. Очевидно, полученные при выполнении этого исследования данные следует учитывать при обследовании и лечении пациентов с ХСН, развившейся на фоне ИБС и ГБ.

Бугаев К.С., Марусиченко Е.А., Луцкий И.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

РАСПРОТСРАНЕННОСТЬ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И РАССТРОЙСТВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ COVID-19 ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Введение. В декабре 2019г. мир столкнулся с новой угрозой жизни и экономики всего человечества – новой коронавирусной инфекцией. На конец 2022 г. по всему миру зарегистрировано около 649 миллионов случаев заболевания, а число летальных исходов составило 6,66 миллионов. Большой экономический ущерб обусловлен не только оказанием помощи большому количеству населения, но и часто возникающими отдаленными последствиями инфекции. Наиболее распространенными из них являются когнитивные нарушения и расстройства эмоциональной сферы.

Цель исследования. Оценить частоту возникновения и выраженность когнитивных нарушений и эмоциональных расстройств у пациентов с COVID-19 вирусной инфекцией.

Материалы и методы. Исследован 31 пациент с установленным диагнозом коронавирусная инфекция, среднетяжелое течение, лабораторно подтвержденным (метод полимеразной цепной реакции

мазка из носоглотки). Все больные находились на лечении в инфекционном отделении №5 ЦГКБ №1. Возраст исследуемых варьировал от 18 до 60 лет, все были трудоспособны до заболевания и имели рабочие места. Проанализированы данные историй болезни, проведен общесоматический, неврологический осмотр и тестирование по шкалам исследования когнитивных функций (шкала MoCA и FAB) и расстройств эмоциональной сферы (шкала HADS). Проведен метод статистической обработки данных с расчетом относительных величин и оценкой их достоверности.

Результаты исследования. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли больные с достоверно выявленными когнитивными нарушениями, тревожными или депрессивными расстройствами. Ко второй группе были отнесены исследуемые без когнитивных и эмоциональных нарушений. Удельный вес пневмоний в первой группе составлял 80%, что в два раза выше чем во второй группе. В структуре пневмоний у пациентов первой группы 64% составляли двухсторонние нижнедолевые поражения легких, а 36% правосторонние нижнедолевые поражения, рентгенологически подтвержденные. Во второй группе у 40% больных пневмонии были двухсторонними нижнедолевыми. Обращает на себя внимание, что в первой группе исследуемых 60% пациентов имели сопутствующую хроническую патологию, а во второй группе количество коморбидных пациентов составило 80%. В результате проведенного тестирования было установлено, что в первой группе у 50% испытуемых имели место когнитивные нарушения и расстройства эмоциональной сферы, у 17% выявлены изолированные расстройства памяти, концентрации и внимания легкой степени тяжести, а у 33% определены только субклинические проявления тревоги и депрессии. Следует отметить, что у 50% пациентов, у которых выявлены два вида расстройств высшей нервной деятельности, имели легкие когнитивные нарушения, из них только у 33% обнаружена клиническая форма тревоги или депрессии, у остальные 67% она носила субклинический характер. При исследовании неврологического статуса у всех пациентов были обнаружены легкие проявления недостаточности вестибулярных функций, астенические расстройства, которые проявлялись диффузным снижением мышечной силы.

Выводы. Полученные предварительные данные свидетельствуют, что в остром периоде ковидной инфекции у большинства больных обнаруживаются когнитивные и эмоциональные расстройства, которые нельзя объяснить обострением сопутствующей патологии или влиянием гипоксии при пневмониях. У большинства пациентов указанные нарушения, возникшие в остром периоде, имеют тенденцию к прогрессированию по истечении острого периода инфекции. Необходимы дальнейшие исследования для выявления патофизиологических механизмов формирования когнитивных и эмоциональных нарушений у данного контингента пациентов с дальнейшей разработкой направлений их профилактики.

Бугашева Н.В., Гриневич Е.В., Лычак В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА РАБИОЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Актуальность. Одна из самых значимых проблем в условиях военных действий в Донецкой Народной Республике это увеличение заболевших рабиозом среди детского населения. Причины: большое количество брошенных животных (собак, кошек) обреченных на бродяжничество в поисках пищи, их неконтролируемое размножение, появление диких животных (лисы, белки, ежи, мыши, крысы), спасающихся бегством из мест активных боевых действий. Это проблема не только территории боевых действий, но и территории от них отдаленных по причине перемещения животных.

Цель исследования: оценить распространение бешенства в условиях военных действий в городе Донецке за 2019-2021 годы. Намечить профилактические мероприятия.

Материалы и методы. Работа построена на материале отчетов санитарно-эпидемиологической службы, ГДКБ №5 г. Донецка в комплексировании работы с кафедрой общественного здоровья, здравоохранения, экономики здравоохранения. В основу положен реальный материал по указанной про-

блеме: истории болезни укушенных детей, анкеты матерей. Применен метод расчета относительных величин, сравнительный анализ и оценке достоверности.

Результаты и их обсуждение. Обстановка по бешенству остаётся крайне напряжённой в виду продолжения активных военных действий и сохранения большого количества бездомных животных, а также недостаточного количества приютов для животных и отсутствия средств для их содержания. Среди укушенных преобладают дети школьно-дошкольного (6-12 лет)-44-51% и подросткового (12-18 лет) возраста 48-51%. В 2021 году удельный вес укушенных младенцев и детей ясельного возраста составил 5%, это дети из неблагополучных семей.

В структуре укусов животных на 1 месте от бездомных собак (брошенные хозяевами или оставшиеся на улице после гибели хозяев от обстрелов) и домашних собак: 2019г-73,1%, 2020г-72,3%, 2021г-85,0%, 2 место от бродячих и домашних котов, оставленных хозяевами на улице (в 2019 и 2020 году – 9,6% и 14,9%), 3 место крысы и мыши, 4 место ежи и лисы 3,8-4,5%. Однако в 2021 году 7,5% составили укусы от уличных крыс. Также зарегистрированы укусы ежей, белок, мышей 2-5%.

По локализации укусов преимущественно приходятся на нижние конечности – за 2019-2021 годы 46,2%-49,5 за 2019-2021гг. На втором месте укусы в различные части руки 21,58%-50%. Среди укушенных преобладают мальчики 49-55% за 2019-2021гг. что связано с большей активной деятельностью.

Выводы: 1.Обстановка по рабвиозу в республике остается крайне напряженной.

2. Среди укусов преобладают укусы от собак бездомных и домашних, оставшихся без хозяев 85%.

3. Проблема осложняется отсутствием должного количества приютов и обеспечения их, правильного содержания животных в них.

4. Продолжающиеся военные действия не позволяют провести учет оставшихся без хозяина животных и провакцинировать их.

Необходимы меры профилактики:

-вакцинопрофилактика домашних животных с целью предупреждения заболеваний домашних любимцев

-соблюдение правил поведения при контакте с дикими и безнадзорными животными

-избегать контакты с дикими животными

-соблюдать правила содержания домашних животных

-проводить санитарно-просветительную работу с родителями, воспитателями, детьми, взрослыми жителями ДНР по разъяснению опасности рабвиоза, течению болезни и заражения

Бугашева Н.В., Смутьская Н.Г., Замниус Е.В., Шарко Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Актуальность. С помощью различных научных исследований получены многочисленные доказательства прямого воздействия на здоровье населения условий и образа жизни. Чаще всего отрицательное влияние на здоровье оказывают гигиеническое и медицинское неграмотное поведение, несоблюдение режима и распорядка дня, труда, отдыха, низкая физическая активность. В жизни современного общества особо остро стали проблемы, связанные с табакокурением, неправильным питанием, употреблением алкоголя, гиподинамией, психоэмоциональные перегрузки. Выполнение человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях объединяет в себе здоровый образ жизни (ЗОЖ). Он выражает ориентированность личности в направлении формирования, сохранения и укрепления как индивидуального, так и общественного здоровья. ЗОЖ особенно значим в студенческой жизни, так как молодежь – будущее страны. Но именно молодежь пребывает в зоне риска. Она восприимчива к влиянию негативных факторов на здоровье, особенно вредных привычек (сигареты, алкоголь), неправильного питания и режима дня.

Целью данной работы стало определение уровня ЗОЖ студентов медицинского колледжа ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Материалы и методы. Каждому обучающемуся было предложено оценить свой образ жизни с использованием медицинской опросной анкеты. Исследованием охвачены 52 студента 1-4 курсов медицинского колледжа в возрасте от 16 до 22 лет. Анкетирование проводилось дистанционно. Анкета содержала вопросы, которые дали возможность в полной мере раскрыть ключевое существо каждого параметра формулы ЗОЖ человека и провести медицинскую характеристику фактического образа жизни (ОЖ) обучающегося. Каждый вариант ответа на поставленный в анкете вопрос отражал степень выраженности данной характеристики образа жизни (ОЖ) студента. Выраженность характеристик ОЖ определялось по четырем степеням: высокая, средняя, удовлетворительная и нулевая. Каждая степень выраженности оценивалась по 4-х бальной шкале: высокая – 4 балла; средняя – 3 балла; удовлетворительная – 2 балла; нулевая – 0 баллов. 47 вопросов анкеты охватывали все 12 параметров ЗОЖ. К основным его составляющим были отнесены: режим труда и отдыха, организация сна, режим питания, организация двигательной активности, выполнение требований санитарии и гигиены, закаливание, профилактика вредных привычек, культура межличностного общения, психофизическая регуляция организма, содержательный досуг, культура сексуального поведения.

Результаты. Сравнение набранного количества баллов каждого студента с оценочной шкалой ОЖ позволило определить медицинский тип образа жизни всех проанкетированных студентов и выделить параметры формулы ЗОЖ, по которым наблюдается особо неблагоприятная ситуация в образе жизни пациента. Определено 4 медицинских типа ОЖ с суммой набранных баллов по 12 параметрам ОЖ: 1.»Здоровый»(42-48 баллов). 2.»Медицинский удовлетворительный» (30-41 балл). 3.»Медицинский неблагоприятный»(24-29 баллов). 4. «Нездоровый» (<24 баллов). Первый тип ОЖ установлен у 3,8% студентов, второй – у 77%, третий – у 19,2%, четвертый – ни у одного. По итогам анкетирования было установлено, что более 80% студентов придерживаются принципа ЗОЖ, в пределах 20% (один из пяти) – не придерживается его. Только 27,0% обучающихся всегда соблюдают режим питания, 52,0% – иногда соблюдают его и остальные не придерживаются режима питания. Только 21,0% соблюдают режим сна, 55,0% – частично соблюдают и 24,0% – его не соблюдают. Не имеют вредных привычек 40% студентов. Каждый четвертый обучающийся употребляет алкогольные напитки, каждый пятый – курит. Большая часть проанкетированных молодых людей испытывает дефицит сна и не соблюдает режим питания.

Выводы. Данное исследование показывает, что у большинства студентов оценочная шкала ОЖ с медицинской точки зрения удовлетворительная и они осознают значимость ЗОЖ. Но существует необходимость побуждение молодежи к сохранению и укреплению здоровья, поддержанию культуры ЗОЖ, активного вовлечения в физическую культуру и спорт, культивирования своего рода «моды» на здоровье.

Бугорков И.В., Бутук Д.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОТРЕБНОСТИ В ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИИ ЧАСТИЧНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНЧАТЫМИ ПРОТЕЗАМИ ЖИТЕЛЕЙ ДНР

Приобретенные дефекты образуются чаще всего у взрослых в следствие невозможности произвести своевременное и адекватное их лечение, при основных стоматологических заболеваниях. В следствие потери зубов отмечаются функциональные нарушения, жевания, глотания, отмечаются фонетические расстройства, а также возможны нарушения височно-нижнечелюстного сустава, на этом фоне изменяется психо-эмоциональное состояние больного, ко всему необходимо учитывать, что на территории республики проходят боевые действия, которые затрудняют логистику в получении специализированной помощи.

Целью работы является определение потребности населения ДНР в частичном съёмном пластичном протезировании для перспективного планирования работы стоматологических ортопедических подразделений.

Результаты исследования. В результате проведенного мониторинга по данным статистической отчетности и сформированной очередности на льготное зубопротезирование, в республике отмечается разные показатели доступности на данный вид услуг. В крупнопромышленных городах Донецк, Макеевка, Горловка, Енакиево потребности населения в большей степени удовлетворяются на данный вид услуг (на 100 человек которые нуждались, 23 была оказана помощь) по сравнению с городами Ждановка, Кировское, районными центрами Старобешевского и Шахтерского районов (где на 100 человек, которые нуждались, только 16 была оказана помощь), расхождение между крупнопромышленными городами и районными центрами составило в 1,4 раза.

Учитывая, что съёмные зубные протезы на сегодняшний день относятся к относительно малозатратным технологиям, которые одновременно решают эстетические и функциональные проблемы. Съёмные протезы прочны, долговечны, хорошо фиксируются в полости рта, удобны и не вызывают неудобств в процессе эксплуатации. Использовать их можно как при частичной, так и при полной утрате зубов, а в определенных случаях и при утрате одного зуба. Современные стоматологические технологии оставили в прошлом громоздкие и неудобные протезы, сейчас зубные протезы имеют все функциональные и эстетические свойства естественных зубов.

Выводы. Таким образом, частичные съёмные пластинчатые протезы остаются актуальным видом протезирования с учетом социально-экономического положения в республике, объемы данного вида протезирования должны составлять от 50-60% и выше.

Бугорков И.В., Кальней Е.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВОПРОСЫ КОНФЛИКТОЛОГИИ В РАБОТЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

К стоматологической службе на современном этапе предъявляются повышенные требования, как к качеству лечебной работы, так и достижению приемлемого эстетического результата после проведенного лечения, а также достижению максимальной толерантности между медицинскими работниками и пациентами, нарушение какого-либо приведенного критерия неминуемо приведет к конфликтной ситуации. На основании литературных данных «конфликтная ситуация – это состояние деструктивного отношения и взаимодействия двух или более сторон». Такие ситуации возникают в результате нанесения физического, морального или материального ущерба, причиненного той или иной стороной, для минимизации подобных случаев в системе стоматологического обслуживания и проводится данная работа.

Цель исследования: анализ возникших конфликтов в системе оказания стоматологической помощи независимо от форм хозяйственной деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Материалы и основные методы исследования: Данное исследование проводилось по инициативе Главного внештатного специалиста по специальности «Стоматология» Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Было изучено 89 обращений граждан в различные вышестоящие инстанции и органы исполнительной власти за 2017-2019 гг., содержащих замечания по работе стоматологической службы в связи с полученными в результате лечения осложнениями. В исследование не включались обращения граждан, которые касались выделения финансовых средств (помощи) на лечение или зубопротезирование. Кроме того, поскольку 6 обращений ввиду их несистемного характера были исключены из исследования, из 89 обработано и проанализировано 83 обращения.

Результаты Письменные обращения по адреса-там распределились следующим образом: в МЗ ДНР – было направленно 29 обращений (34,2%), городские управления здравоохранения – 44 (48,4%), в районные администрации – 16 (17,4%). Состав граждан по месту проживания: 69 (77,5%) горожан, 16 (18,3%) жителей районных центров, 4 (4,2%) жителей сельской местности. Среди обратившихся с

жалобами было 27 (30,5%) мужчин и вдвое больше женщин – 62 (69,5%). Распределение по возрасту показало, что наиболее часто обращались граждане 40-60 лет: 11 (12,3%) 30-39-летних и 10 (11,7%) 60-летних и старше, тогда как 40-49-летних и 50-59-летних было соответственно 31 (34,8%) и 37 (41,1%) человек. Детальное изучение письменных обращений, первичной документации (амбулаторная карта стоматологического больного), данные дополнительных и бактериологических методов исследования позволили установить причины возникновения конфликтных ситуаций.

Полученные результаты экспертного анализа наглядно продемонстрировали, что почти в каждом третьем рассматриваемом случае обращения связаны с несоблюдением медицинскими работниками морально-этических норм поведения по отношению к пациентам. Каждое четвертое-пятое обращение было связано с невозможностью использования съемного зубного протеза, обусловленной сложной архитектурой альвеолярной кости. Каждое шестое обращение указывало на осложнения в результате ранее проводимого лечения, основной причиной которых, по мнению экспертов, было недоскональное информационное сопровождение до и после лечения. Некоторые обращения свидетельствовали о недостаточной информированности пациентов о рисках развития осложнений и их характере.

Выводы: Повышение толерантности медицинских работников по отношению к пациентам будет способствовать достижению доверия между врачом и пациентом. Положительный результат проводимого лечения может быть достигнут при толерантном отношении медицинских работников к пациентам и наоборот.

Бугорков И.В., Чайковская И.В., Ванина А.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПЕРИИМПЛАНТИТЕ I И II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

С увеличением срока функционирования дентальных внутрикостных имплантатов стоматолог-хирург неизбежно сталкивается с воспалительно-деструктивными проявлениями в виде периимплантита, при этом ротовая жидкость играет ведущую роль в системе мукозального иммунитета, которая обеспечивает специфические и неспецифические механизмы защиты целостности слизистой оболочки в области остеоинтегрированного имплантата.

Цель работы. Заключалась в оценке биохимических показателей ротовой жидкости при возникновении хронического дентального периимплантита I и II степени тяжести.

Результаты исследования. Продемонстрировали, что провоспалительные цитокины являются прогностическими критериями. В результате проведенных исследований было установлено, что в основной группе на фоне контрольной было отмечено повышение уровня цитокинов, повышение показателей свидетельствовало о наличии воспаления, в полости рта и периимплантационной зоне. Одним из первых вырабатывался IL-1 β противовоспалительный цитокин, как основной медиатор воспалительной реакции и острофазного ответа на системном уровне в контрольной группе показатель составил $13,9 \pm 0,4$, а в основной $315 \pm 6,9$, что свидетельствует о достоверном отличии. Показатель концентрации IL-6, продемонстрировал иммунный ответ на воспалительные проявления, которые происходят в полости рта и в области периимплантационной зоны. Определение концентрации IL-6 может быть использован как маркер активности иммунной системы. Результаты исследований показали, что в контрольной группе показатель IL-6 в три раза меньше чем в основной. TNF- α является другим представителем «первичных» противовоспалительных цитокинов, для привлечения нейтрофилов и моноцитов в область воспаления и в основной группе количественный показатель составил $285,1 \pm 6,2$ на фоне $31,3 \pm 2,2$ в контрольной группе. Таким образом, TNF- α регулирует иммунный ответ на воспалительный процесс. Лизоцим явился оценочным критерием, который характеризует нарастание или снижение воспалительного процесса, показатель в основной группе снизился до $6,4 \pm 0,03$ на фоне $7,6 \pm 0,1$ в контрольной группе, лизоцим является антибактериальным агентом и снижение количественных показателей свидетельствует о признаках воспаления.

Закключение. Изучению биохимических показателей ротовой жидкости может быть использован в качестве инвазивного метода для прогнозирования и течения дентального периимплантита I и II степени тяжести.

Бугоркова И.А., Кальной Е.О., Музычина А.В., Агеев А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Инфантильная гемангиома – наиболее распространенная доброкачественная сосудистая опухоль, которую выявляют у 1,1-2,7% зрелых новорожденных и 15-30% недоношенных детей. На основании результатов исследований J. Mulliken и J. Glowacki в 1982 году было доказано, что гемангиомы биологически неоднородны: у части гемангиом эндотелиальные клетки обладают выраженной пролиферативной активностью, и на основании этих данных была создана биологическая классификация сосудистых поражений, принятая в 1996 г. на XI Римском симпозиуме Международного общества по изучению сосудистых аномалий, согласно которой все сосудистые аномалии подразделяются на сосудистые опухоли и сосудистые мальформации. .

Инфантильная гемангиома имеет ряд характерных клинических проявлений, к которым относятся четко выраженная цикличность развития: фаза бурного роста которая начинается со 2-3-й недели до 4-6-го месяца жизни ребенка, затем постепенная инволюция, наступающая с 6-9-го месяца жизни ребенка и продолжающаяся в течение нескольких месяцев и даже лет; преимущественная локализация на лице, множественность поражения. Варианты первых клинических проявлений разнообразны. Чаще непосредственно при рождении сосудистые образования на коже не выявляются, при этом очаг сосудистой гиперплазии может быть в более глубоких слоях. Прекращение плацентарного кровотока является провокацией для активации её процесса, что проявляется сосудистым образованием вскоре после рождения, иногда ребенок рождается с «малой сосудистой меткой» на коже, которая затем начинает интенсивно увеличиваться. В более редких случаях у ребенка уже при рождении выявляется сосудистое образование, в дальнейшем подвергающееся инволюции. Возможен также вариант, при котором к моменту рождения у новорожденного имеется участок тканей с выраженными признаками инволюции сосудистого образования.

В большинстве случаев гемангиома диагностируется при клиническом осмотре ребенка. Ультразвуковое исследование проводится для дифференциальной

диагностики внутри группы сосудистых поражений, уточнения объема и глубины поражения и определения гемодинамических особенностей сосудистой гиперплазии. Типичными для сосудистой гиперплазии эхографическими признаками являются наличие большого количества расширенных сосудов с пульсирующим кровотоком различного скоростного диапазона, при этом расширенные сосуды выявляются не только в массиве сосудистой гиперплазии, но и в подлежащих тканях. С помощью магнитно-резонансной томография и КТ с контрастированием определяются топография сосудистого образования перед хирургическим вмешательством, а также проводится дифференциальная диагностика с сосудистыми мальформациями.

С помощью метода компьютерной капилляроскопии можно оценить изменения, происходящие в микроциркуляторном русле на стадии активного роста и инволюции. Данный метод применяется для диагностики и контроля эффективности лекарственной и лазерной терапии.

При гистологическом исследовании ткань сосудистого образования имеет дольчатое строение. Дольки построены из капилляров с узким просветом, заполненным эпителием. На стадии активного роста в эндотелиальных клетках выявляются множественные митозы, а на стадиях инволюции ткань сосудистой гиперплазии утрачивает дольчатое строение, уменьшается количество капилляров и количество в них эндотелиальных клеток, преобладают обширные поля фиброзной и жировой ткани.. После изъязвления происходит рубцевание, что способствует инволюции. Морфологический метод в большинстве случаев необходим для подтверждения диагноза. Он

используется для определения характера изменений, возникающих в ткани сосудистого образования, удаленного при хирургическом лечении.

Бувеская М.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДИСТАНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ РУССКОМУ ЯЗЫКУ И КУЛЬТУРЕ РЕЧИ: КАК ВЫНУЖДЕННЫЕ МЕРЫ СТАЛИ СТИМУЛОМ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРОЦЕССА ПРЕПОДАВАНИЯ

Не было бы счастья, да несчастье помогло.

Народная мудрость

Статья 16 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ гласит: «Под дистанционными образовательными технологиями понимаются образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и педагогических работников». В ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» ещё в 2014-2015 учебном году сложилась обстановка, когда нужно было прибегнуть к вынужденным мерам и перейти в удалённый режим преподавания с использованием информационно-образовательной среды на платформе Moodle. С началом пандемии COVID-19 в 2020 году эта необходимость снова возникла. 2022-2023 учебный год также начался с использованием дистанционных образовательных технологий.

Традиционно участники дистанционного процесса преподавания разделились на два лагеря, где одни увидели в такой форме исключительно отрицательные стороны, а вторые постарались адаптироваться и даже заметить положительный эффект. Мы в вынужденном переходе к дистанционному режиму видим стимулирующее начало. Среди плюсов можно выделить следующее: модернизация имеющейся техники и программного обеспечения, саморазвитие, самообучение и самодисциплина, интенсификация работы со студентами и, самое главное, скрупулёзное отношение к учебному материалу. Всё это ведёт к совершенствованию процесса преподавания и повышению качества образования.

1. Дистанционная форма преподавания потребовала от преподавателей усовершенствования имеющейся и использования более современной компьютерной техники с расширенным набором возможностей. Новый режим работы привел к пересмотру отношения к самодисциплине, заставил сделать рабочий график более подуманным и разумно структурированным.

2. На первый взгляд опосредованное взаимодействие со студентами может показаться обезличенным и менее активным по сравнению с «живым» общением. Несомненно, никакие современные технологии не способны в полной мере обеспечить эффект аудиторной работы, однако дистанционная форма обучения, как ни странно, увеличила время контактной работы со студентами, потребовала более персонализированного внимания и индивидуального подхода к студентам в виду постоянного запроса на обратную связь, а также акцентуации воспитательных моментов во время деловой переписки, общения в формате чатов и форумов.

3. Вынужденный переход к опосредованному общению со студентами подтолкнул к использованию разнообразных методов интерактивного взаимодействия и обучения, QR-кодов и гиперссылок в учебных материалах, простимулировал педагогическое творчество, создание разных видов контрольных вопросов с широким визуализирующим потенциалом и т.д. В свою очередь, это потребовало дополнительных этапов валидации выкладываемых в он-лайн пространство тестов и лексико-грамматических заданий, поскольку автоматизированная проверка однозначно воспринимает любую информацию, не способна более «мягко» оценивать приблизительные или частично правильные ответы студентов нефилологического направления подготовки, касающиеся спорных, дискуссионных или нерешённых вопросов лингвистики (например, определение статуса причастий и деепричастий, субстантивированных прилагательных, слов категории состояния и т. д.). Это заставляет преподава-

телей русского языка и культуры речи проводить дополнительную проверку создаваемых методических материалов, погружаться в историю вопроса, повышать свой профессиональный уровень, быть более внимательными и ответственными при организации процесса преподавания с использованием дистанционных образовательных технологий, что в конечном итоге положительно отражается на качестве знаний студентов.

Вынужденная адаптация преподавания вузовских дисциплин к сложным внешним социально-политическим обстоятельствам и полный или частичный переход к дистанционному образованию может приносить положительные результаты и быть стимулом к совершенствованию педагогического процесса.

Буйнов К.И., Ельский И.К., Яфарова Р.Т.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЯХ

Несмотря на большой накопленный опыт в лечении пациентов с тяжелым некротическим панкреатитом, отмечается высокая летальность у данной категории больных, что связано в первую очередь с развитием местных и системных осложнений. К числу местных осложнений относятся жидкостные скопления (ЖС) и парапанкреатический инфильтрат (ППИ) забрюшинного пространства. ЖС и ППИ являются субстратами для инфицирования и развития гнойных осложнений острого панкреатита, таких как абсцесс сальниковой сумки и флегмона забрюшинного пространства, появление которых значительно усугубляет тяжесть состояния пациентов и повышает риск неблагоприятного исхода заболевания.

С развитием технологий медицинской визуализации появилась возможность заменить большую часть традиционных открытых операций при ЖС на миниинвазивные дренирования (МД) под ультразвуковым или томографическим контролем.

Согласно литературным данным российских хирургов, в случае очагового некротического панкреатита (объем поражения железы до 30%), осложненного ЖС, миниинвазивные варианты дренирования являются окончательным видом хирургического вмешательства. Эта тактика позволяет купировать интоксикационный синдром и снизить степень тяжести острого панкреатита, а частоту гнойных осложнений снизить с 40% до 18,5%, что влечет уменьшение летальности. Любое инвазивное вмешательство рекомендуется отложить до формирования отграниченного жидкостного скопления (ОЖС), которое, как правило, образуется спустя 4 недели после начала острого некротического панкреатита (ОНП). Обоснованием для использования МД являются клинические признаки инфицирования ОЖС (повышение температуры тела, лейкоцитоз, повышение уровня С-реактивного белка), непроходимость выходного отдела желудка, кишечника или желчных путей в результате их сдавления ОЖС.

В случае развития некроза поджелудочной железы в объеме от 30% до 60% миниинвазивные вмешательства выполняются как этапы хирургического лечения, но это позволяет улучшить результаты последующих хирургических вмешательств и снизить долю гнойных осложнений до 26,8%.

В случае тотально-субтотального острого некротического панкреатита при поражении более 60% объема поджелудочной железы, применение методов миниинвазивного дренирования ЖС направлено на снижение объема ЖС, как предварительный этап хирургического вмешательства. Таким образом, дальнейшее широкое вскрытие и дренирование очагов деструкции проводится в более благоприятных условиях.

Многочисленные исследования доказывают, что МД при инфицировании ОЖС предотвращает 23-50% открытых оперативных вмешательств. МД являются окончательным вариантом лечения у 55,7-67,1% пациентов с инфицированными ОЖС.

Таким образом, по данным литературы, миниинвазивные методы дренирования жидкостных скоплений в настоящее время стали наиболее предпочтительным способом лечения ОНП. Эти вмеша-

тельства могут быть использованы как этап хирургического дренирования некротических очагов, так и окончательным видом оперативного лечения больных с ОНП.

Буканов Е.К., Курган Е.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РАЗРАБОТКА ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

Внедрение практик и подходов в систему государственного управления в области здравоохранения в условиях цифровой трансформации базируется на адекватных методах оценки эффективности всего процесса цифровизации. Ключевая роль в этом процессе отводится формированию методологических основ и принципов такого оценивания.

Цифровизация системы государственного управления в области здравоохранения предполагает новые возможности. Однако развитие систем телемониторинга, искусственного интеллекта, кросс-платформенных программных продуктов и облачных технологий позволяет сформировать экосистему цифрового здравоохранения для обеспечения качественной медицинской помощи.

Цифровая трансформация здравоохранения рассматривается специалистами как процесс, способный уменьшить расходы на здравоохранение путем автоматизации различных процессов по оказанию медицинской помощи, но данный процесс не является конечным, а цели цифровизации постоянно изменяются в зависимости от задач.

Следовательно, основные принципы, на базируется разработка метода эффективности процесса цифровой трансформации системы государственного управления в области здравоохранения, следующие:

1. Автоматизация процессов;
2. Повышение качества медицинских услуг;
3. Работа на опережение.

Определение спектра действий и ожидаемые результаты от реализации инициатив выглядят следующим образом:

1. Повышение скорости взаимодействия внутри системы;
2. Повышение эффективности процессов;
3. Внедрение новых технологий и подходов обслуживания пациентов;
4. Повышение инвестиционной привлекательности сферы здравоохранения.

Положенные в основу критерии и показатели эффективности цифровой трансформации во многом зависят от целевых ориентиров внедрения цифровой платформы, что в свою очередь формирует систему показателей, которую можно считать базисом для создания интегрального показателя эффективности процесса цифровизации. Разработка интегрального показателя эффективности процесса цифровой трансформации состоит из нескольких этапов:

1. Формирование информационной базы;
2. Выполнение нормирования разнородных частных показателей, которые характеризуют каждый аспект системы сбалансированных показателей;
3. Расчет обобщающих показателей критериев эффективности;
4. Расчет интегрального показателя эффективности процесса цифровизации государственного управления в сфере здравоохранения.

Интегральный показатель принимает значения от 0 до 1 и интерпретируется просто: чем ближе он к 1, тем выше эффективность государственного управления процессом цифровизации в сфере здравоохранения.

Выводы. Таким образом количественные значения формируют качественную оценку эффективности государственного управления процессом цифровизации в сфере здравоохранения.

Бунтин С.Е., Кривенцева О.Н.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Пенза
МСЧ № 2 войсковой части 45108

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРИТОМ

Распространенность болевого синдрома в плече-лопаточной области среди взрослого населения составляет от 3-5% до 4-7% в общей популяции, увеличиваясь с возрастом от 3-4% до 15-20% в возрасте 60-70 лет. Количество впервые выявляемых случаев в год на 1000 взрослого населения составляет 4-6 в возрасте 40-45 лет и 8-10 в возрасте 50-65 лет, с некоторым преобладанием у женщин.

В последнее время при лечении ортопедической патологии получил метод экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ).

Проведено обследование и лечение 31 пациента в возрасте 45-65 лет с диагнозом «плече-лопаточный периартрит» (9 мужчин и 22 женщин). Давность заболевания варьировала от 3-х месяцев до 5 лет. Все больные ПЛП неоднократно получали комбинированную терапию, включающую лекарственные средства и физические методы лечения. Больные были разделены на 2 группы. Группу наблюдения составили пациенты, у которых, наряду с базисной медикаментозной терапией, использовали процедуры ударно-волновой терапии, группу сравнения – пациенты, у которых использовали только плацебо процедуры. При определении активности боли использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ в первой группе составила 8,5 баллов.

Процедуры экстракорпоральной ударно-волновой терапии проводились по лабильной методике с периодической фиксацией в области триггерных точек: количество импульсов в минуту 150 ударов, уровень энергии – 5-7, количество ударных волн 2500-3000. Среднее количество проведенных сеансов -5, пауза между сеансами составляла 2 недели. ЭУВТ проводилась одним полем по задней поверхности плечевого сустава. Было проведено 5 процедур с промежутками 14 дней. Первые 3 процедуры сочетались с местными инъекциями раствора лидокаина 2% 2,0 мл, дипроспана 1,0 мл и витамина В12 в проекцию сухожилия надостной либо подостной мышцы, в зависимости от локализации патологического процесса, которые проводились через 30 минут после окончания сеанса ЭУВТ.

После проведенного лечения с включением ЭУВТ, объем движений в суставе у пациентов группы наблюдения восстановился быстрее и в большей степени, чем в группе сравнения. Более того при острой форме ПЛП клинический эффект (снижение болевого синдрома) был получен через семь дней после начала лечения. Кроме того, у всех пациентов произошло достоверное купирование симптома Дауборна ($p < 0,05$), но активная ротация плеча сомнительна за счет сохранения болевого синдрома. Также отмечено хорошее восстановление опоры на больную руку.

Таким образом, проведенные исследования показали, что назначение в составе лечебного курса ЭУВТ способствует повышению функциональных возможностей и адаптационных реакций у больных с плече-лопаточным периартритом. ЭУВТ может являться методом выбора тактики терапии в комплексном лечении пациентов данного профиля. Назначение данного метода способствует в конечном итоге, более пролонгированной ремиссии заболевания и позволяет говорить о необходимости проведения повторных курсов терапии.

Бутева Л.В., Бугашева Н.В., Волошинская Л.В., Лахно О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СЕМЬЯ – СОЦИАЛЬНАЯ СИЛА, ФОРМИРУЮЩАЯ ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Актуальность. Семья порождена обществом и поэтому воплощает в себе его нравственные ценности. Она оказывает существенное влияние на общество во всех его сферах и формирует его здоровье.

Неблагополучие в семье влечет за собой негативные социальные и демографические последствия, отражаясь на здоровье всех его членов.

Цель исследования. Оценить основные функции института семьи и роль брака в формировании семейных взаимоотношений, как основы здоровья любой нации.

Материалы и методы исследования. Обобщение данных источников литературы за период 19-21 веков (разновидностей типов семьи), интернет – источников в вопросе формировании семей, взаимоотношений в различных формах «брака», типы семей и влияние указанного на здоровье общества. Применен аналитический метод.

Результаты исследования. Интерес общества к понятиям «брак-семья» носит массовый характер. Брак как основа семейных взаимоотношений между мужчиной и женщиной определяет их права и обязанности по отношению друг к другу, детям и обществу в целом.

Функции семьи: экономическая, репродуктивная, воспитательная, рекреативная, коммуникативная, регулятивная, фелицитологическая. Для населения большей части современной Европы характерен «европейский тип брачности». Его отличительной чертой является позднее вступление в брак. Достаточно большой удельный вес вообще не вступающих в брак (до 14-18%). В странах Восточной Европы преобладает простая семья, состоящая из супружеской пары с детьми или без них (80-84% всех семей). Доля одиноких людей стран Западной Европы очень велика (нуклеаризация семьи). Семейный состав населения в странах Восточной Азии наиболее характерно отражают три экономически развитых страны: Китай, Южная Корея, Япония. В Китае одинокие люди составляют менее 2%, семьи из двух человек – 11%, из трех 17%, из четырех- 21%, из пяти – 20%, из шести – 14%. Около 70% семей в Китае являются простыми полными. Наблюдается довольно высокая степень нуклеаризации семьи. Удельный вес одиноких людей в Японии близок к европейской и составляет 7,3%. Достаточно большой удельный вес сложных семей (20,3%). Среди этих семей преобладают патриархальные. В настоящее время уже отмечается большое число семей без детей (около 21%) за счет ухода детей и формирования семей типа «пустого гнезда». В Японии довольно много неполных семей (9,5%). Средний размер семьи в странах Юго-Восточной Азии находится в пределах 5-6 человек, незначительна доля одиноких людей -0,6 – 2,4%. В странах Южной Азии: очень мало одиноких людей, малая доля семей из 2-х человек, высокий средний размер семьи (Афганистан – 6,32, Иран – 5,16, Индия – 5,6, Шри-Ланка – 5,46 человек). В странах Юго-Западной Азии преобладают большие семьи (исключение Каир и Израиль). В арабских странах Северной Африки высокий средний размер семьи -5-6 человек. Отмечается тенденция роста, среднего состава семьи в странах «черной Африки» за счет снижения смертности. В странах Северной Америки (США, Канада) семейный состав населения очень близок к такому в Западной и Северной Европе. В странах Латинской Америки (Карибский район) средний состав семьи находится в пределах 4 человек при высокой доле одиноких людей. Для стран Центральной Америки характерны достаточно большой средний размер семьи (5-6 человек), большое число сложных семей (30-35%), очень малая доля одиноких людей. Несколько меньший состав семьи отмечается в странах тропической зоны Южной Америки. Для этих стран свойственен европейский тип семей. В семье воспитываются навыки ЗОЖ.

Выводы. Семья – источник социальных идеалов, критериев поведения, духовных ценностей, любви супругов друг к другу, к детям, родителям. Семья – это та социальная сила, которая оказывает существенное влияние на общество во всех его сферах и формирует его здоровье, ориентацию на ЗОЖ, личным примером побуждает к сохранению здоровья.

Былым Г.В., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Егорова М.А., Туттов С.Н., Носкова О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Актуальность. Современные образовательные тенденции, актуализирующие проблемы качества образования, направлены на личностно-ориентированное обучение. В актуальных образовательных

практиках внедрение инноваций связано с определенными сложностями. Следует отметить постепенный процесс перехода образования с позиций передачи глубоких знаний на формирование навыков, общекультурных и профессиональных компетенций. В связи с переменами увеличивается роль студенчества в образовательной среде, в том числе в сфере качества образования.

Под управлением качества учебного процесса в медицинском вузе понимается системный и планомерный процесс формирования будущего специалиста здравоохранения, базирующийся на компетентностном подходе. В основе качества образования заложены цели и содержание образования; уровень профессиональной компетентности профессорско-преподавательского состава, организации их деятельности; состояние материально-технической и научно-информационной базы учебного процесса.

Необходимо отметить, что качество образования предполагает получение обратной связи от обучающихся. В рамках системы менеджмента качества на кафедре акушерства и гинекологии была разработана анкета, направленная на изучение удовлетворенности учебным процессом студентов. Оценка проводилась по десятибалльной шкале, где 10 – максимальный балл, 1 – минимальный балл. В анкете предлагалось оценить качество изложенного материала лекционных и практических занятий, обеспечение учебно-методическим комплексом, его полноту и доступность на информационно-образовательном портале вуза, балльно-рейтинговую систему в рамках изучения дисциплины, взаимодействие преподавателя со студентами, вовлеченность обучающихся в учебный процесс, актуальность полученных знаний, наиболее понравившихся дидактических единиц, замечания и предложения будущих специалистов здравоохранения.

В обсуждаемом исследовании участвовало 145 студентов набора 2020 – 2021 учебного года педиатрического, стоматологического, медико-профилактического факультетов и двух медицинских факультетов.

По результатам анкетирования, большинство студентов отметили, что лекционный материал был интересным и заслуживающим внимания (средний балл оценивания лекций составил 7,64); и позиционировался обучающимся как весьма доступный для понимания (средний балл 8,06). Возможность применения изложенного лекционного материала в будущей профессиональной деятельности специалиста здравоохранения оценена в среднем на 7,69. На основании вышеизложенного, можно предположить, что разработанный преподавателями кафедры тематический план лекционных занятий, презентации, соответствующие тематике лекций, доступны, интересны, адаптированы для понимания и восприятия студентов медицинского вуза.

Практические занятия по дисциплине «Акушерство и гинекология» студенты по всем критериям оценили выше (средний балл 8,1). В связи с тем, что современные компьютерные технологии отчасти ориентируют мышление человека под формальные правила и модели логики, заменяя креативно-когнитивные функции мышления на шаблонные. Это отвлекает студента от конструктивной исследовательской деятельности, необходимой специалисту в области медицины.

Практически на каждом бланке анкеты студенты выражают благодарность преподавателю, прикрепленного к той или иной группе.

Выводы. Современная практико-ориентированная модель обучения в медицинском вузе, отводящая существенную роль системе менеджмента качества в процессе обучения, требует от научно-педагогического коллектива серьезной и вдумчивой учебно-методической проработке условий и форм организации практических и лекционных занятий. Мониторинг качества образовательных услуг на кафедре и соответствующих корректирующих мероприятий, обеспечит качество реализации профессиональных образовательных программ.

Былым Г.В., Колесник И.А., Подоляка Д.В., Тутов С.Н., Чурилов А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКАЯ АМЕНОРЕЯ У ПАЦИЕНТОК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ .

Актуальность. С каждым годом увеличивается количество девушек с функциональной гипоталамической аменореей (ФГА). Нервная анорексия с сопутствующей ей аменореей оказывает негативное

влияние на формирование репродуктивной функции у женщин. В пубертатном периоде наступление аменореи носит вторичный характер: обычно ее расценивают как результат потери веса вследствие ограничения в приеме пищи и болезненного стремления к похуданию. При более раннем начале нервной анорексии возможно нарушение роста девочек, задержка развития половых признаков и первичная аменорея. В дальнейшем возникает высокий риск развития остеопороза. Следует отметить, что данное заболевание требует комплексный подход к лечению, так как оказывается на границе таких медицинских дисциплин как :гинекология, эндокринология и психиатрия

Цель: Выявить связи между содержанием гормона жировой ткани, ростом – весовыми показателями и состоянием менструальной функции у больных нервной анорексией. Материалы и методы исследования: Было проведено комплексное обследование 23 девушек в возрасте от 15 до 26 лет. Основную группу (15 женщин) составили пациентки с функциональной гипоталамической аменореей, у которых наблюдался низкий индекс массы тела (ИМТ), а в группу контроля (8 женщин) были включены девушки с регулярным ритмом менструаций и нормальным ИМТ. Длительность аменореи – 1-3 года, скорость потери массы тела – $2,3 \pm 2,1$ кг/мес. ФГА у 77,4% больных наступила на фоне регулярного ритма менструаций, у 22,6% – на фоне олигоменореи. Помимо клинико-anamnestического обследования проведено определение уровня гормонов в сыворотке крови (ЛГ, ФСГ, ТТГ, эстрадиола, ТТГ, Т4 свободного, пролактина, кортизола, лептина) и УЗИ органов малого таза. С -пациентками проводилось индивидуальное собеседование с психиатром в виде полуструктурированного клинического интервью, консультация диетолога с анализом фактического питания.

Результаты: Развитию ФГА в 85% случаев предшествовала потеря массы тела в среднем на 16-20% за достаточно короткий промежуток времени (в среднем за 6-8 месяцев). Результаты диетологического консультирования свидетельствовали, что 60% женщин употребляли пищу сниженной калорийности. У 80% женщин основной группы имел место пищевой дисбаланс потребляемых макронутриентов, с существенным снижением доли углеводов, жиров, и преобладанием белковой пищи. Снижение процентного содержания жировой ткани было выявлено у 81,2% пациенток с ФГА (у 96,8% – с низким ИМТ и у 76,2% – с нормальным ИМТ). Наряду с количественной проводилась функциональная оценка жировой ткани по концентрации лептина в сыворотке крови. В сниженной калорийности основной группе его уровень оказался в 1,7 раз ниже, чем в группе контроля. Известно, что секреция гонадотропин-рилизинг- гормона на уровне инфундибулярных ядер гипоталамуса находится под контролем модулирующего влияние лептина. По данным ряда исследований, его снижение может инициировать супрессию ГнРГ и пульсационную секрецию лютеинизирующего гормона, что имеет важное значение в формировании ФГА.

Вывод: Патогенез формирования функциональной гипоталамической аменореи у пациенток с нервной анорексией зависит от гормона жировой ткани – лептина. В свою очередь сниженный уровень лептина, находится в прямой пропорциональной зависимости от индекса массы тела, темпов похудения и обратной пропорциональной зависимости от величины абсолютной потери веса. Снижение содержания лептина в крови, первично вызванное потерей жировой массы тела, влечет за собой редукцию секреции ЛГ, ФСГ, с последующим сокращением овариальной продукции эстрогенов вследствие чего наступает аменорея.

Былым Г.В., Колесник И.А., Чурилов А.А.,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МИФЕПРИСТОН В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМНОЙ МИОМЫ МАТКИ.

Актуальность. В настоящее время миомы матки являются самым распространённым заболеванием у женщин репродуктивного возраста, занимая второе место (35%) среди всех гинекологических заболеваний. Среди всего женского населения пик заболеваемости приходится на возраст 35-55 лет, но с каждым годом обнаруживаются миомы матки у женщин более молодого возраста. В связи с мо-

лодым возрастом пациенток, актуальной задачей гинекологии является находить органосохраняющее лечение миомы матки. Одним из решений данной задачи является применения препарата мифепристон синтетическое стероидное лекарственное средство, не обладающее гестагенной активностью.

Цель работы – определить, эффективность мифепристона в замедлении роста и регрессии опухоли.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ амбулаторных карт 30 пациенток репродуктивного возраста с симптомной миомой матки. В исследовании были включены пациентки у которых размер миомы матки соответствовал менее 12 недель беременности, миоматозные узлы были не более 3 см в диаметре и расположены исключительно субсерозно или интерстициально. Им был назначен препарат мифепристон в дозе 50 мг с ежедневным приемом в течение 3 месяцев. С целью отслеживания результатов до и после лечения, использовалось бимануальное исследования, трансабдоминальное и трансвагинальное ультразвуковое сканирование, с помощью которого определяли объем матки, расположение и величину узлов, а также доплерометрию с целью контролирования кровообращения. Пациентки заполняли дневник самоконтроля, в котором должны были отмечать объем кровопотери (количество используемых прокладок), интенсивность болевого синдрома (по шкале боли ВАШ), приходилось ли применять обезболивающие препараты или нет.

Результаты: Проведя анализ исследования: в результате применения ежедневно мифепристона в течение 3 месяцев у пациенток наблюдалось уменьшение размера миомы матки, по данным ультразвукового исследования, до 45- 59%, и количества визуализируемых миоматозных узлов. По данным доплерометрии, снизилась интенсивность кровообращения на 16-18%. Общий объем матки сократился на 11-15% . У 85% пациенток наблюдалась аменорея. У большинства женщин, после проведенного лечения, уменьшился или вообще отсутствовал болевой синдром. У 3 пациенток (10%) был получен недостаточно выраженный эффект, что послужило основанием для оперативного лечения

Выводы: Под воздействием мифепристона происходит блокирование рецепторов прогестерона, таким образом он не дает половому гормону соединяться с собственными рецепторами в результате этого, подавляется синтез тканевых факторов роста, происходит сокращение миоматозных узлов. Кроме того, мифепристон тормозит в узлах миомы ангиогенез (снижение уровня сосудистого эндотелиального фактора роста), что позволяет подготовить пациентку к хирургическому лечению, так как при железодефицитной анемии вследствие аномальных маточных кровотечений, могут возникнуть осложнения при проведении анестезиологического пособия. Была установлена частота развития побочных реакций при лечебном воздействии мифепристона в течении 3 месяцев: только у 15% женщин отмечены случаи «приливов». Клинические данные показывают, что лечение миомы матки мифепристоном не вызывает эстрогенного дефицита, не сопровождается деминерализацией костной ткани и депрессиями.

Былым Г.В., Носкова О.В., Литвинова Е.В, Егорова М.А., Тутов С.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Эмоциональный стресс, неизбежно возникающий в регионе боевых действий и напряженной эпидемиологической обстановки, может приводить к соматизации тревожности у населения. Боль, тревога, волнение, нагрузки, перегрев и охлаждение, случайные или операционные травмы увеличивают вероятность ухудшения психосоматического здоровья женщин.

Цель исследования изучение влияния неблагоприятных эпидемиологических факторов и фактора военного времени на психосоматическое здоровье женщин, проживающих в зоне противостояния.

Материалы и методы исследований Комплексная оценка специфических функций проводилась на основании анализа клинико – психологических и лабораторных методов исследования. Изучалась гинекологическая заболеваемость, менструальная функция, гормональный фон и психоэмоциональное состояние.

Обследовано 77 женщин обратившихся в отделение семейного психоневрологического консультирования ДОКТМО с ноября 2021 по сентябрь 2022 года в возрасте 19-35 лет, которые составили (1 группа) основную группу исследования. Группу сравнения (2 группа) составили 50 женщин такого же возрастного диапазона, наблюдавшиеся в клинике в довоенное время.

Результаты исследования и их обсуждение Анализ гинекологической заболеваемости среди женщин основной группы показал, что чаще всего у женщин диагностировалось нарушение менструального цикла у 59 (78%) женщин. Из них на фоне функциональной гиперпролактинемии у 45(58%) пациенток, на фоне недостаточности лютеиновой фазы у 37(48%) и при гиперкортизолемии у 27(35%) женщин. Сочетание гиперпролактинемии и гиперкортизолемии наблюдалось в 39(51%) случаях, включая микроаденому, аденому гипофиза и надпочечников методами сонографического исследования и МРТ. Предменструальный синдром диагностировался у 28 (36%) женщин, сопровождающийся функциональной гиперпролактинемией у 17% и гиперэстрадиолемией у 12% молодых женщин с 18 до 27 лет.

Клинико-психологическое обследование женщин 1 группы свидетельствует об их полной (100%) принадлежности к интровертам с высоким уровнем нейротизации.

Среди женщин группы сравнения только у 15% наблюдалось состояние тревожности и было связано с семейно-бытовыми, производственными факторами.

Анализ заболеваемости у женщин «мирного времени» показал, что чаще всего за исследуемый период пациентки обращались по поводу воспалительных заболеваний женских половых органов: бактериального вагиноза – 28(56%), кандидоза -31(62%). Трубно-перитонеальное бесплодие было диагностировано у 15(30%) женщин. Недостаточность лютеиновой фазы с образованием кисты желтого тела было установлено у 7(14%) обследуемых. Кроме этого женщины обращались с псевдоэрозией шейки матки – 8(16%).

Выводы. Данные исследования показали, что к группе повышенного риска соматизации тревожности следует отнести женщин находящихся в регионе военных действий. Соматизация тревожности приводит к нарушению репродуктивного здоровья женского населения. Чаще всего диагностировались различные варианты нарушения менструального цикла с дальнейшим развитием патологических морфологических изменений в органах мишенях. Стресс, по всей видимости, негативно влияет на нейрогуморальные связи, что находит подтверждение как в клинических так и лабораторных исследованиях. Увеличение продукции пролактина и кортизола у женщин, проживающих в регионе военных действий, является результатом адаптации к стрессовым факторам. Пролактин является эндогенным анксиолитиком, способным снижать уровень тревожности и индуцировать стресслимитирующую реакцию. На основании проведенного исследования установлен статистически высший ($p < 0,05$) уровень пролактина у женщин со средневысоким уровнем ситуативной тревожности в сравнении с пациентками с низким ее уровнем.

Вакуленко А.В., Неделько А.А., Глазков И.Р.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

МОДИФИЦИРОВАННАЯ СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЗАМЕНЫ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Проблема реабилитации после ортопедических вмешательств является весьма актуальной, в особенности в приложении к эндопротезированию крупных суставов. Еще большее значение придает ей повсеместное внедрение принципа лечения «fast-track» или хирургии одного дня.

ЦЕЛЬ. Целью работы было изложить применяемый в клинике подход к физической реабилитации после артропластики тазобедренного сустава.

Первый период реабилитации начинался сразу после операции. В этом периоде основные усилия мы направляли на повышение психоэмоционального тонуса пациента, улучшение функции вегетативной нервной системы, активизации обменных процессов, улучшение трофики конечности за счет интенсификации локального крово- и лимфообращения. С 1-го дня проводили упражнения по

тренировке мышц голени, изометрическому напряжению четырехглавой мышцы бедра и ягодичной мускулатуры оперированной конечности, начинали пассивные движения в тазобедренном и коленном суставах с увеличением их амплитуды в последующие дни по мере снижения интенсивности болевого синдрома. В 1-й же день пациентов обучали правилам эксплуатации эндопротеза. Пациентам рассказывали о клинических симптомах развития перипротезной инфекции (покраснение рубца, высыпания или выделения в этой области, повышение температуры тела, усиление боли).

Второй период продолжался с момента подъема пациента на ноги и до выписки. Мы поднимали пациентов на следующие сутки после операции. Единственным противопоказанием к подъему мы считали гипотонию и связанные с ней ортостатические реакции. Мы старались максимально ограничить применение наркотических анальгетиков, а пациентам старше 80 лет наркотики вообще не назначали. На протяжении второго периода реабилитации проводилось обучение передвижению на ходунках и костылях, дальнейшее укрепление мышц конечности, восстановление двигательных навыков (ходьба по лестнице, элементы самообслуживания). Выписка осуществлялась нами на 7-8-е сутки, после снятия швов и исчезновения раневых выделений.

В домашних условиях (третий этап реабилитации) больные продолжали заниматься лечебной физкультурой в полном объеме, постепенно увеличивая продолжительность упражнений и их интенсивность. Контрольный осмотр проводился спустя 6-8 недель после эндопротезирования тазобедренного сустава.

При отсутствии признаков нестабильности компонентов эндопротеза пациентам разрешалось вести обычный образ жизни, полностью нагружать прооперированную конечность и являться на контрольные осмотры раз в 2-3 года. Некоторые больные предпочитали использовать трость в течение еще 2-4 недель. Однако, целесообразность этого определялась нами исходя из массы тела пациента, развития его мышц, а также психоэмоционального статуса.

ВЫВОДЫ. Комплексная этапная реабилитация после артропластики тазобедренного сустава – неотъемлемый компонент успешного лечения. Описанная нами методика не является единственно верной. Ее клиническая апробация продолжается. Тем не менее, предварительные результаты весьма обнадеживают, что и побудило нас сделать настоящую публикацию.

Вакуленко А.В., Неделько А.А., Глазков И.Р.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

НАШ ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Тема реабилитации после ортопедических вмешательств является весьма актуальной, в особенности в приложении к эндопротезированию крупных суставов. На протяжении последних нескольких лет в клинике эндопротезирования Республиканского травматологического центра применялась модифицированная система комплексной медицинской реабилитации пациентов после первичной замены тазобедренного сустава. Данная система состоит из взаимосвязанных частей: предоперационного обследования, собственно артропластики, фармакологической поддержки и физической реабилитации. Первые результаты практического применения оказались обнадеживающими, в связи с чем нами была проведена оценка эффективности системы по наиболее значимым клиническим параметрам.

ЦЕЛЬ. Целью работы было оценить эффективность данной системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Работа представляет собой ретроспективное когортное исследование, охватывает период времени с 12.07.1994 по 30.06.2022 и включает в себя 3597 пациентов. Мы оценивали частоту местных и общих послеоперационных осложнений, а также уровень послеоперационной летальности после замены тазобедренного сустава. Основную группу составили 625 пациентов, которые лечились в соответствии новой системой реабилитации. Группу исторического контроля составили 2972 больных, лечившихся традиционным образом. Обе группы были сопоставимы по полу ($p=0,75$), возрасту ($p=0,40$), первичному диагнозу ($p=0,28$) и исходной коморбидности ($p=0,33$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. В целом по выборке было зафиксировано 134 различных послеоперационных осложнения как общего, так и местного характера, что соответствовало частоте в 3,7%. В основной группе частота осложнений была более чем в 2 раза ниже (1,8% против 4,4%, $p=0,003$). Всего по выборке было зарегистрировано 77 случаев местных послеоперационных осложнений (2,1%). Наиболее частым из них являлась перипротезная инфекция, за которой следовали вывихи головки эндопротеза и неврит седалищного нерва. Протрузия встречалась реже всего. Достоверное снижение было отмечено для перипротезной инфекции ($p=0,05$). Также была выявлена сильная статистическая тенденция к снижению общей частоты осложнений ($p=0,06$). Это свидетельствует об эффективности системы реабилитации в снижении частоты местных осложнений.

Всего было зарегистрировано 57 случаев общих послеоперационных осложнений (1,6%). Данные демонстрируют в 3 раза более низкую частоту осложнений общего характера в основной группе (0,6% против 1,8%). Это различие было достоверным ($p=0,05$). Статистически существенным различием оказалась и меньшая частота тромбоэмболических осложнений в основной группе (0% против 0,6%). Анализ продемонстрировал эффективность системы реабилитации в снижении частоты общих осложнений.

В целом по выборке было зафиксировано 17 летальных исходов, что соответствовало общей частоте послеоперационной летальности в 0,5%. В основной группе летальных исходов не было вообще. Летальность же в группе контроля составила 0,6%. Данное различие оказалось статистически достоверным ($p=0,05$).

ВЫВОДЫ. Рассмотренная система реабилитации обеспечивает достоверное снижение частоты послеоперационных осложнений ($p<0,01$), а также уровня послеоперационной летальности ($p=0,05$). Наиболее значимым было снижение частоты перипротезной инфекции, тромбоэмболических осложнений и летальности. Полученные данные позволяют рекомендовать систему к использованию в специализированных лечебных учреждениях Республики.

Вакуленко И.П., Богданов А.И., Фоминов В.М., Вакуленко Н.Д., Первушина Е.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВОЗМОЖНОСТИ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

Актуальность. Рентгенографические исследования придаточных пазух носа, при которых на изображениях костей лицевого черепа получают всегда суммационные тени, затрудняют распознавание мелких структур верхнечелюстных пазух (ВЧП). Однако, в последние годы появился метод конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ), который практически полностью исключает указанные недостатки. Метод КЛКТ широко применяется в стоматологической практике и в меньшей степени используется при лучевой диагностике повреждений и заболеваний ВЧП.

Целью исследования явилось дополнение сведений к современной клинической лучевой анатомии гайморовых полостей на основе полученных качественных и количественных данных указанных структур при КЛКТ.

Материал и методы исследования. Всех пациентов обследовали в положении стоя. Лицевой отдел головы исследовали при стандартном положении трубки конусно-лучевого компьютерного томографа «VATECH ECST-12». Задавали толщину томографического слоя и величину шага между слоями значением в 1мм.

При КЛКТ получали на экране изображение лицевого отдела головы человека в трех проекциях, включающее изображение ВЧП.

Измерение объема ВЧП осуществлялось при помощи инструмента «Volume» и полученные данные обрабатывались при помощи ПО для ПК «Microsoft Excel»

В ходе данного исследования были изучены степень пневматизации, объем ВЧП, размеры основных соустьев, наличие распространений в соседние анатомические структуры.

Результаты. В ходе исследования установлен объем синусов колебался от 2,8 до 32,44 см³. У 24 пациентов с обеих сторон были выявлены дополнительные соустья ВЧП диаметром от 1,2 до 5 мм (3 ± 0,2 мм). По форме дополнительные соустья были разделены на округлые – 20,8%, овальные -16,6% и неправильной формы – 62,5%).

Диаметр основных соустьев ВЧП у пациентов составлял от 1,3 до 3,8 мм,

В 56,7% соустья с обеих сторон оказались в разной степени сужены, в 33,3% – полностью перекрыты, в 10% соустья – полностью проходимы.

Среди причин обтурации соустьев было установлено сужение или полное перекрытие клетками Галлера в 19,7%, пневматизация крючковидного отростка в 6,2%, сужение или перекрытие патологическим содержимым ВЧП в 13,6%, сочетание нескольких причин обтурации с обеих сторон обнаружено у 3,7%.

Выявлена следующая встречаемость выпячивания стенок ВЧП в соседние структуры, так называемые в литературе карманы: альвеолярные – 26,5%, небные – 1,2%, скуловые -0,6%, прелакриральные -8%, дополнительные перегородки в ВЧП – 5,5% и в 58, 2% отмечено обычное топографо-анатомическое строение.

Выводы. Метод КЛКТ открывает возможности определять количественную и качественную оценку, индивидуальные особенности строения структур ВЧП, разработку новых диагностических алгоритмов с учетом детализации мелких по размерам структурных образований, их топографического расположения.

Вакуленко И.П., Момот Н.В., Кондратюк Р.Б., Фоминов В.М., Войтюк В.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРОЙ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Актуальность. Диагностика и хирургическое лечение гидатидозного эхинококкоза печени (ГЭП) продолжает оставаться актуальной проблемой гепатологии. На 100000 населения показатель заболеваемости эхинококкозом регистрируется в пределах 0,1-0,3%. В ДНР наиболее опасными в плане заражения ГЭП районами являются Волновахский, Марьинский, Володарский и Старобешевский. Возрастание количества таких пациентов связано с миграцией населения и разрушением системы профилактики.

Цель работы – улучшение диагностики ГЭП при компьютерной томографии (КТ) и сопоставление с данными гистологического исследования эхинококка.

Материалы и методы. Проведен анализ изображений КТ у 107 больных с ГЭП, которые лечились в общехирургическом отделении №1 ДОКТМО за последние 15 лет. Среди больных было 48 (44,8%) женщин и 59 (55,2%) мужчин в возрасте 18-75 лет. У пациентов применяли методы исследования: ультразвуковой, КТ, клинико-лабораторные, морфологический, иммунологический. КТ выполняли в Донецком диагностическом центре на аппарате «BRILLIANCE CT 64 SLICE» фирмы Philips (США) по стандартной методике. Для гистологического исследования брали участки патологических тканей, удалённых во время лапароскопических или лапаротомных оперативных вмешательств.

Результаты. При КТ гидатидозные кисты печени в 93,2% случаев были многокамерными, имели утолщённую капсулу и жидкостное содержимое различной плотности. В стенках эхинококковых кист в 37% наблюдений были множественные обызвествления, которые имели плотность костной ткани. Чувствительность КТ в обнаружении эхинококковой кисты печени составила 84,2%, точность – 87,5%, специфичность – 92,3%.

Макроскопически стенка кисты состояла из наружной кутикулярной (хитиновой или слоистой) и внутренней герминативной (зародышевой) оболочек. Снаружи кисты были покрыты соединительнотканной фиброзной капсулой. Герминативная оболочка представляла синцитиальный эпителиаль-

ный слой, состоящий из 3 зон: камбиальной, зоны известковых телец и зоны дочерних кист. В 28,4% случаев выявляли воспалительные клеточные инфильтраты в стенках дочерних пузырей, при этом КТ показывала уплотнение и деформацию стенок. Вдали от эхинококка наблюдали признаки активного гепатита с большим количеством эозинофилов в инфильтрате и резкой пролиферацией эндотелия до полной облитерации просветов порталных сосудов. При сопоставлении данных КТ с морфологической картиной точность диагноза приближалась к 100%.

Заключение. Таким образом, при диагностике эхинококкоза печени решающее значение имели КТ, серологические пробы, лапароскопия, иммунологические реакции латекс-агглютинации, непрямой агглютинации, а также иммуноферментный метод. Для подтверждения диагноза очень важно проводить морфологическое исследование.

Вакуленко М.В., Вакуленко С.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Инвагинация кишечника – вариант смешанной кишечной непроходимости, характеризующийся изоперистальтическим внедрением проксимального участка кишки в дистальный. Инвагинация кишечника встречается чаще всего у мальчиков в возрасте от 4 до 9 месяцев (80-90% случаев). Предрасполагающие факторы: временная возрастная дискоординация перистальтики кишечника с образованием отдельных участков спазма; нарушение пищевого режима, а именно нерациональное введение прикорма; анатомические особенности илеоцекального отдела кишечника (подвижная слепая и подвздошная кишка, наличие общей брыжейки, недоразвитие клапанного аппарата – баугиниевой заслонки, несоответствие между диаметром подвздошной кишки и ее «ампулой»). Из перечисленных факторов в возникновении инвагинации кишок у детей первого года жизни ведущая роль отводится изменению пищевого режима: введение прикорма, дача грубой или густой пищи, введение необычной для данного возраста пищи, большое количество принятой пищи.

В большинстве случаев инвагинация кишечника является илеоцекальной. Клиническая картина илеоцекальной инвагинации включает 5 основных компонентов:

1. Возникновение приступообразного беспокойства у ребенка, обусловленное болевым синдромом в ущемленной брыжейке. Болевой синдром возникает внезапно, ребенок начинает резко беспокоиться, кричать, сучить ножками, лицо покрывается холодным потом. Ребенок отказывается от груди. Длительность приступа составляет 5-7 мин, затем приступ внезапно исчезает и ребенок успокаивается (период мнимого благополучия). Через несколько минут беспокойство повторяется;
2. Появление рвоты, обусловленной висцеро-висцеральным рефлексом, а в последующем являющейся признаком кишечной непроходимости;
3. Появление стула с примесью крови, как результат диапедеза эритроцитов в просвет кишки и выделений, имеющих характер кровянистой желеобразной массы (стул по типу «малинового желе»);
4. Наличие пальпируемого объемного образования (инвагината) в брюшной полости, чаще всего в правом подреберье. Инвагинат пальпируется по типу продолговатого, умеренно подвижного, гладкого тяжа мягкоэластичной консистенции;
5. Положительный симптом Dance (симптом отсутствия слепой кишки в типичном месте), что обусловлено вовлечением слепой кишки в инвагинат и продвижением слепой кишки в восходящую ободочную по ходу перистальтики.

В диагностике кишечной инвагинации, кроме клинического исследования, большое значение отводится ультразвуковому исследованию, которое практически в 100% случаев выявляет данную патологию. Расправление инвагината у большинства пациентов удается выполнить консервативным методом (пневмоирригоскопия). Показаниями к проведению оперативного пособия являются наличие перитонита, тонко-тонкокишечной инвагинации и безуспешность консервативного лечения. После

выписки из стационара, пациентам необходимо обязательное наблюдение хирургом в течение года и педиатром.

Несмотря на усовершенствование методов диагностики, инвагинация остается серьезной проблемой в педиатрии и требует максимального внимания, наблюдательности и грамотного анализа всех клинико-лабораторных показателей для своевременной диагностики и оказания квалифицированной медицинской помощи детям в случае ее развития. Поскольку основным триггерным фактором кишечной инвагинации является введение прикорма, следует акцентировать внимание всех родителей на необходимость правильного (постепенного и своевременного) введения в питание детей грудного и раннего возраста новых блюд и продуктов прикорма в соответствии с принципами рационального вскармливания.

Валихметова Д.В., Федотенко С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СЛУЧАЙ АЛОПЕЦИИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Проблема алопеции имеет большой научный и практический интерес, что обусловлено распространенностью, ростом заболеваемости, трудностями в поиске эффективного лечения. Среди возможных причин облысения, связанных с генетической предрасположенностью, нейротрофическими и микроциркуляторными нарушениями, эндокринными и обменными расстройствами, неблагоприятным воздействием экологии, значительная роль принадлежит соматическим заболеваниям.

Цель: анализ клинического случая алопеции у пациентки 3 лет.

Материалы и методы. Проведен анализ амбулаторной карты развития и истории болезни ребенка 3 лет, находившейся на стационарном лечении в Институте неотложной и восстановительной хирургии (ИНВХ) им. В.К. Гусака в отделении детской кардиологии и кардиохирургии. Основной клинический диагноз: «Врожденный порок сердца (ВПС), перимембранозный дефект межжелудочковой перегородки, дилатация левого желудочка. Хроническая сердечная недостаточность I степени».

Результаты. Девочка госпитализирована для решения вопроса об оперативной коррекции ВПС. При поступлении обращало внимание наличие на волосистой части головы в теменной области 4 очагов облысения округлой формы с четкими контурами 1,5-2 см в диаметре. Мама ни чего не обычного в этом не видела, объясняя происхождение дефектов волосяного покрова баловством старших детей, которые ее «подстригли». Девочка из многодетной семьи, проживает в частном секторе.

Неонатальный период протекал без особенностей. Грудное молоко получала до 2 лет. Прикормы введены своевременно. На первом году жизни отставала в физическом и статомоторном развитии, с 3 месячного возраста часто болела респираторными инфекциями (ОРИ), имела признаки рахита II ст., наблюдалась по поводу атопического дерматита (АД), эритематозно-сквамозной формы с локализацией высыпаний в области ягодиц, промежности, нижней части живота. Тяжелое течение ОРИ диктовало необходимость применения антибактериальной терапии. На 2 году жизни зафиксирована аллергическая реакция на антибиотик в виде уртикарной сыпи. Признаки АД на втором и третьем году жизни проявлялись покраснением и шелушением щек после избыточного употребления «сладкого». Вакцинирована по индивидуальному графику. До поступления в стационар выявлен и пролечен энтеробиоз. При обследовании в отделении констатирована железодефицитная анемия легкой степени (эр. – 4,10 Т/л, Нв – 109 г/л, Нт – 32,7%, MCV – 72 fL, анизоцитоз, пойкилоцитоз). Изменения в копрограмме: избыток переваримой и непереваримой клетчатки, незначительная стеаторея и небольшое количество слизи расценены как проявления дисбактериоза. В течение 6 недель получала железосодержащий препарат трехвалентного железа из расчета 5 мг/кг массы тела, в результате чего исчезли признаки анемии. С профилактической целью продолжает получать препарат железа из расчета 2,5 мг/кг массы тела. Для коррекции дисбиоза кишечника в течение месяца принимала пробиотики, фолиевую кислоту. В результате проведенного лечения состояние ребенка улучшилось и ей успешно проведена кардиохирургическая коррекция ВПС в условиях ИНВХ им. В.К. Гусака. Очаги

алопеции покрылись вначале пушковыми, а затем стержневыми волосами. Бывшие очаги алопеции отличаются от окружающего волосяного покрова лишь длиной волос.

Выводы. Таким образом, развитие очаговой алопеции у ребенка 3 лет с ВПС и нарушением гемодинамики легкой степени возникло на фоне сопутствующей патологии – атопического дерматита, перенесенного энтеробиоза, железодефицитного состояния, дисбиоза кишечника, связанного с частыми ОРИ и необходимостью приема антибактериальных препаратов.

Ванханен Н.В., Жукова Е.Б., Волкова И.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГБУ «Центральная городская клиническая больница № 3», г. Донецк

РОЛЬ ДИСЛИПИДЕМИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТЕОАРТРОЗА В СОЧЕТАНИИ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Цель исследования. Оценить влияние дислипидемии на течение коморбидной патологии – эссенциальной гипертензии (ЭГ) в сочетании с остеоартрозом (ОА).

Материалы и методы. Обследовано 120 больных ЭГ II стадии в сочетании с ОА коленных суставов (основная группа) и 60 больных ЭГ II стадии (группа сравнения). Оценивали липидный спектр крови, интерлейкин 1 β (ИЛ-1 β), туморонекротический фактор α (TNF- α), С-концевые телопептиды, С-реактивный белок (СРБ), транспорт кальция между скелетом и кровью, суточный профиль артериального давления (СПАД), функцию эндотелия сонографически по дилатации плечевой артерии (ПА) при реактивной гиперемии (РГ), рентгеновскую денситометрию поясничного отдела позвоночника, суставной индекс Лекена, риск сердечно-сосудистых заболеваний и смерти по шкале PROCAM.

Результаты и обсуждение. Уровни общего холестерина (ХС) в обеих группах (основная – 5,97 \pm 0,24 ммоль/л, сравнения – 5,83 \pm 0,21 ммоль/л) превышали рекомендованные, достоверно не отличались. У больных ЭГ в сочетании с ОА уровень ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – 3,78 \pm 0,07 ммоль/л, как и коэффициент атерогенности (4,43 \pm 0,19) выше ($p < 0,05$), чем у больных ЭГ (3,53 \pm 0,10 ммоль/л и 3,63 \pm 0,23 соответственно), ухудшен СПАД – типы «non-dipper» и «night-peaker» отмечены у 2/3 больных ЭГ с ОА и менее, чем у половины больных ЭГ. У больных обеих групп выявлена дисфункция эндотелия (степень вазодилатации ПА на фоне РГ $< 10\%$), но ее средняя величина у больных основной группы (+6,8 \pm 0,5%) достоверно ($p < 0,05$) меньше, чем у больных группы сравнения (+8,2 \pm 0,6%). У больных ОА в сочетании с ЭГ в большей степени ($p < 0,05$), чем в группе сравнения повышены уровни маркеров воспаления (соответственно ИЛ-1 β – 26,7 \pm 0,4 пг/мл и 20,2 \pm 0,3 пг/мл; TNF- α – 16,5 \pm 0,2 пг/мл и 12,9 \pm 0,1 пг/мл; СРБ – 2,64 \pm 0,05 пг/мл и 2,27 \pm 0,04 пг/мл), концентрации С-концевых телопептидов (252,5 \pm 16,1 мкг и 189 \pm 14,8 мкг), снижена минеральная плотность костной ткани (0,90 \pm 0,02 г/см² и 1,09 \pm 0,04 г/см²), замедлен транспорт кальция между внеклеточным и костным секторами (-0,047 \pm 0,007 ммоль/л и +1,049 \pm 0,015 ммоль/л). Нарушения транспорта кальция наиболее выражены у больных с ритмом АД «night-peakers» и высоким уровнем ($> 3,80$ ммоль/л) ХС ЛПНП. У больных основной группы индекс Лекена составлял 7,0-15 баллов, в среднем – 9,5 \pm 0,7 балла, свидетельствуя об умеренной тяжести суставного синдрома. Между уровнями ХС ЛПНП и степенью дисфункции эндотелия ($r = 0,543$; $p < 0,05$), интенсивностью транспорта кальция ($r = -0,557$; $p < 0,05$) и альгофункциональным индексом Лекена ($r = +0,551$; $p < 0,05$) установлена умеренная корреляционная связь. Кардиоваскулярный риск у больных ЭГ в сочетании с ОА (43,2 \pm 3,1%) выше ($p < 0,05$), чем у у больных ЭГ (35,3 \pm 2,7%). У больных ЭГ с ОА выявлен очень высокий 10-летний риск смерти от кардиоваскулярных заболеваний (более 9%).

Выводы. Дислипидемия, активируя системные и локальные воспалительные процессы, усугубляя дисфункцию эндотелия, способствует прогрессированию ЭГ, а путем прямого разрушения суставного хряща и опосредованно через повреждение субхондральной кости (резорбция, деминерализация) приводит к более выраженным проявлениям суставного синдрома ОА, т.е. является одним из общих патогенетических механизмов ОА и ЭГ, повышает кардиоваскулярный риск и требует коррекции.

Василенко В.Н., Ковалик В.С.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СТРЕЗАМ В КОРРЕКЦИИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Постковидный синдром (англ. Post-COVID syndrome), также известный как Long COVID – последствия коронавирусной инфекции COVID-19, при которой до 20% людей, перенёвших корона-вирусную инфекцию, страдают от долгосрочных симптомов, длящихся до 12 недель и дольше. К этим долгосрочным симптомам относятся проблемы, возникающие волнообразно или на постоянной основе, такие, как: слабость, тяжесть за грудиной; головная боль, мышечные и суставные боли; потеря обоняния, искажение запаха, вкуса; колебания давления и пульса, головокружение; снижение памяти, «туман в голове», расстройства желудочно-кишечного тракта, диарея; нарушение терморегуляции. У многих пациентов в рамках постковидного синдрома выявляются невротоподобные расстройства – тревога, панические атаки, нарушения сна, ощущение неудовлетворенности вдохом, колебания настроения.

Цель исследования – оценить эффективность использования транквилизатора Стрезам в комплексном лечении пациентов с постковидным синдромом.

Материалы и методы.

Была отобрана группа из 56 пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию – COVID-19 в легкой форме. Все пациенты, обращались через 3 – 4 недели после острого эпизода заболевания.

В процессе наблюдения были использованы клинические (исследование неврологического статуса), нейрофизиологические (ЭЭГ, когнитивные вызванные потенциалы), нейропсихологические (шкала MMSE, шкала тревожности Спилберга-Ханина, шкала HADS), статистические методы исследования. Препарат Стрезам назначался в течение одного месяца в дозе 50 мг 3 раза в сутки.

Полученные результаты.

В результате проведенного лечения отмечено снижение тревоги и депрессии по шкале HADS (тревога – до $11,5 \pm 2,5$, после $6,9 \pm 2,3$, депрессия – до $10,5 \pm 3,1$, после $6,4 \pm 1,7$), Спилберга (реактивная тревожность до $42,78 \pm 13,2$, после $33,1 \pm 6,3$, личностная до $47,76 \pm 14,1$, после $38,12 \pm 7,4$). Отмечено повышение балльной оценки когнитивной функции по шкале MMSE на фоне применения препарата Стрезам с $25,6 \pm 1,3$ до $28,8 \pm 1,2$, что сочеталось с достоверным уменьшением латентности P300 с $371 \pm 5,6$ мс до $339 \pm 4,5$ мс. Установлено улучшение показателей вегетативного баланса в виде снижения индексов регуляторных систем. У 53% пациентов регистрировалось снижение интегральных показателей мощности ЭЭГ-ритмов в спектре медленных частот, тенденция к нормализации зональных различий.

Результаты проведенных исследований позволяют сделать вывод, что препарат Стрезам оказывает анксиолитическое, седативное влияние на психоэмоциональный фон у пациентов с постковидным синдромом, повышает функциональную активность головного мозга, что обосновывает целесообразность его использования в комплексном лечении данного состояния.

Василенко Л.И., Васильев А.А., Ладур А.И., Жилыев Р.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ВОПРОСУ ВЫБОРА ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДИК ПИЛОРОДУОДЕНОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ И СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Проблема эффективного лечения больных с перфоративными и стенозирующими пилорoduо-денальными язвами (ПДЯ) с применением органосохраняющих и органосохраняющих вмешательств продол-

жают оставаться сложной и окончательно нерешенной (В.А.Лупальцов, 2003; Н.Н.Велигоцкий, 2005; Л.И.Василенко, 2007; 2011-2014 и др.). Стремление хирургов завершить операцию в кратчайший срок диктует необходимость поиска и разработки более совершенных органосохраняющих методов операций (В.И.Оноприев, 1995; Л.И.Василенко, 2012 и др.). Особенно остро стоит данная проблема в urgentной хирургии при лечении пациентов с перфоративными стенозирующими ПДЯ (Н.Н.Велигоцкий, 2005; А.А.Епифанцев, 2010 и др.).

В этой связи, при секционных исследованиях на 5 трупах людей разработана новый способ пилоро-дуоденопластики при перфоративных язвах, которая успешно применена у 21 пациентов. Сущность разработанного способа пилоро-дуоденопластики состоит в «полулунном» иссечении передней стенки пилоро-антрального отдела желудка или луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) с закрытием дефекта стенки сформированным «языкообразным» лоскутом стенки желудка или дуоденум двухрядным узловым швом. Данный способ вмешательства признан изобретением и защищен авторским свидетельством Украины. В настоящем сообщении обобщены результаты хирургического лечения перфоративных и стенозирующих ПДЯ у 53 пациентов с применением различных вариантов пилоро – и дуоденопластик. Исследуемую группу составили 21 (39,6%) пациентов с перфоративными и стенозирующими ПДЯ. Из 21 больных: 18 (85,7%) – мужчины в возрасте 26-63 года; 3 (14,3%) женщины 37 и 42 года. У 15 (71,4%) пациентов – выявлена перфоративная язва ДПК (у 10 [47,6%] с деформацией стенки и стенозированием просвета, у 4 (19,1%) – стенозирующая язва пилорического отдела желудка, у 2 (9,5%) – язва антрального отдела желудка. Таким образом, у большинства оперированных 14 (66,7%) выявлены перфоративные ПДЯ со стенозированием просвета пищеварительного канала, требующие выполнения дренирующих операций на завершающем этапе.

Контрольную группу составили 32 больных с перфоративными (ПДЯ), оперированных с применением известных методик ПДП [Гейнеке-Микуличу – 18 (56,25%) больных, Джадд-Танаки – 7 (21,9%), Диверу-Бурдену – 4 (12,5%), Джадду-Горслею – 3 (9,4%)]. Используются общеклинические, лабораторные методы и инструментальные методы исследования (фиброгастродуоденоскопия [ФГДС], рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки [ДПК] с изучением эвакуаторной функции желудка). Изучены осложнения пилоро-дуоденопластики в раннем и позднем послеоперационном периоде. В раннем послеоперационном периоде у пациентов контрольной группы осложнения отмечены у 9 (28,1%). В позднем послеоперационном периоде (спустя 3-6 мес. после операции) у пациентов контрольной группы эвакуаторные нарушения желудка выявлены у 4 (12,5%) [2 – оперированы Джадду-Горслею, 1 – по Гейнеке-Микуличу и 1 – по Джадд-Танаки] вследствие рубцовой деформации выходного отдела желудка, затруднения отхождения лигатурного материала с явлениями субкомпенсированного стеноза. Больные оперированы повторно. Выполнены дистальные резекции 1/3 желудка по Бильрот-1 – 2 (6,25%) и Бильрот-П – 2 (6,25%) пациента. Выписаны в удовлетворительном состоянии. Работают по специальности. Чувствуют себя удовлетворительно. Соблюдают диету. Явлений демпинг-синдрома не отмечают. Особых жалоб не предъявляют.

У больных основной группы в раннем послеоперационном периоде осложнения выявлены у 3 (14,3%). Отмечены преимущества усовершенствованного авторами способа пилоро-дуоденопластики (в меньшей степени деформирует пилоро-дуоденальный сегмент пищеварительного канала, более чем в 2 раза снижает количество послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде).

Усовершенствованный способ пилоро-дуоденопластики расширяет арсенал существующих методик и может быть рекомендован для применения в клинической практике для эффективного лечения больных с перфоративными и стенозирующими пилоро-дуоденальными язвами.

Васильев А.А., Ельский И.К., Буйнов К.И., Ширшов И.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ФАГОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Неоспоримо, что летальность второго клинического временного пика при тяжелом остром панкреатите (ОП) обусловлена тяжелым сепсисом. Общепризнано, что инфицирование некротических

очагов происходит преимущественно за счет кишечной микробной транслокации. Антибактериальная профилактика (АБП) инфицирования некроза в режиме эмпирической антибактериальной терапии (АБТ) на наш взгляд, способствует раннему формированию мультирезистентных бактериальных штаммов еще на дооперационном этапе (панкреатосеквестрэктомия при крупноочаговом панкреонекрозе), что во многом и определяет позднюю летальность при ОП. АБП инфицирования панкреонекроза в клинике не применяется с 2014 года.

Материалы и методы. Фаготерапия была использована у 54 больных с тяжелым и средне-тяжелым ОП. Лечение интестинальным бактериофагом проводилось после информированного согласия пациента. Показаниями к применению фаготерапии были: парапанкреальный инфильтрат с ССВО, отграниченный жидкостный коллектор сальниковой сумки (СС) с ССВО, геморрагический выпот брюшной полости. *Bacteriophageum intestinalis fluidum* назначали внутрь сразу же после восстановления кишечной деятельности на фоне продленной эпидуральной анестезии (с 3-4 суток с момента появления абдоминальной боли). Фаготерапия проводилась на протяжении 6-8 суток.

Результаты. Из 54 больных, госпитализированных в ОИТ с диагнозом тяжелый ОП, 40 больных были переведены в хирургическое отделение с купированной органной недостаточностью менее, чем через 48 часов (средне-тяжелый ОП, 74%). Всем 54 пациентам проводилась фаготерапия. Клиническая эффективность применения бактериофага подтверждалась нормализацией температуры тела уже через 16 часов с момента первого приема препарата, положительными изменениями в лейкоцитарной формуле крови больного и снижением уровня СРР через 48 часов от начала фаготерапии.

Все 14 пациентов с тяжелым ОП оперированы: 4 пациентам в ближайшие 72-96 часов была выполнена лапароскопическая холецистостомия, дренирование брюшной полости (прогрессирующая обтурационная желтуха и геморрагический выпот брюшной полости); трем пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия, дренирование общего желчного протока (деструктивный бескаменный холецистит, обтурационная желтуха); 7 пациентам под контролем УЗ дренированы неинфицированные отграниченные жидкостные коллекторы сальниковой сумки. В дальнейшем два пациента после холецистостомии оперированы спустя 12 и 16 суток, потребовались этапные некрсеквестрэктомии в связи с дистальным некрозом ПЖ (40 и 50% объема ПЖ) и инфицированным парапанкреатитом. Четверым пациентам выполнены панкреатосеквестрэктомии на 4-5 неделе от начала заболевания (10% и 40% объема ПЖ). У 10 из этих больных при бакисследовании выявляли бактериальные монокультуры и ассоциации микробов с широким спектром чувствительности к антибактериальным препаратам. В дальнейшем им проводилась целенаправленная АБТ. Мультирезистентных штаммов микроорганизмов в группе больных с ранней фаготерапией не выявлено. Из 40 больных со средне-тяжелым ОП у 9 (22,5%) пациентов сформировались абсцессы СС. Последние были дренированы под контролем ультразвука. Миниинвазивное лечение явилось окончательным. У 8 (20%) больных после фаготерапии отграниченные жидкостные скопления в СС не сопровождалась ССВО. Их не пунктировали, рекомендовали амбулаторное УЗ-наблюдение.

Заключение и выводы. Частота инфекционных осложнений у больных с тяжелым и средне-тяжелым ОП составила 25,9%. Фаготерапия способствовала купировать ССВО при парапанкреальном инфильтрате, при этом ППИ, регрессировал, не редко с формированием очагового жидкостного скопления. При развитии инфекционных осложнений ОП в исследуемой группе больных после фаготерапии мы не обнаружили мультирезистентных бактериальных штаммов. Каких-либо осложнений или побочных реакций, связанных с применением бактериофага, не наблюдали. Фаготерапию можно рассматривать как эффективный метод лечения ряда осложнений острого некротического панкреатита у больных с тяжелым ОП.

Ватутин Н.Т., Колесников В.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
 ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ФЕНОМЕНА NO-REFLOW У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Давно было установлено, что наиболее эффективным лечением острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) является проведение ургентного чрескожного коронарного вмешательства

(ЧКВ) с имплантацией стента. В то же время, в ряде случаев у 15-20% пациентов выявляются признаки редукации кровотока в на уровне микроциркуляторного русла после интервенции. Это явление описано как феномен no-reflow, или феномен невосстановления кровотока. Суть no-reflow заключается в ряде функциональных и морфологических изменений в микроциркуляторном русле миокарда и характеризуется увеличением риска неблагоприятных кардиоваскулярных событий.

В ходе данного исследования, проведенного на базе отдела неотложной и восстановительной кардиологии и кардиохирургии ИНВХ им.В.К.Гусака была поставлена цель проанализировать влияние комбинации изосорбида динитрата с верапамилом в качестве препаратов, улучшающих коронарную перфузию при отсутствии достаточного кровотока после восстановления просвета инфаркт-зависимой артерии на частоту послеоперационных осложнений у пациентов при ургентном ЧКВ. Нами были обследованы 52 пациента с феноменом no-reflow (средний возраст $54,5 \pm 5,5$ лет), зарегистрированном при ургентном ЧКВ при ИМпСТ в период 2020-2022г. Исходно, клинико-лабораторные показатели у всех пациентов не имели существенных различий. Всем пациентам в ургентном порядке выполнялось ЧКВ в первые 12 ч от начала развития заболевания. Пациенты были разделены на две сопоставимые между собой группы ($n=26$). После имплантации стента в инфаркт-зависимую артерию и регистрации кровотока ниже уровня ТИМІ-2 на фоне персистирующей ишемии миокарда по данным ЭКГ-мониторинга было констатировано развитие феномена no-reflow. В 1-й группе пациенты получали стандартную терапию феномена no-reflow с применением интракоронарного введения верапамила (1-2 мг). Во 2-й дополнительно, с целью коронародилатации, применялся изосорбид динитрат (интракоронарный болюс 1 мг). После введения препаратов при контрольной ангиографии оценивался коронарный кровоток по шкале ТИМІ и динамика сегмента ST на ЭКГ-мониторе. Спустя 24 ч были проанализированы такие критерии ишемического и реперфузионного повреждения миокарда, как фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) и концентрация тропонина Т. Количество эпизодов нормализации или значительного ($\geq 50\%$ от исходного) уменьшения подъема сегмента ST существенно не различалось ($p > 0,05$) между группами (1-я группа – $13,6 \pm 0,4$; 2-я группа – $15,4 \pm 0,3$). При этом, достоверно ($p < 0,05$) чаще регистрировался кровоток ТИМІ-3 во 2-й группе, по сравнению с 1-й ($53,8\%$ во 2-й группе; $29,4\%$ в 1-й группе; $s_2=6,45$). Показатели ФВ ЛЖ были так же существенно выше во 2-й группе ($48,5 \pm 2,6\%$), по сравнению с 1-й ($37,2 \pm 1,5\%$). Кроме того, во 2-й группе достоверно ниже был уровень тропонина Т ($5,3 \pm 0,15$ нг/мл), в 1-й ($13,4 \pm 0,22$ нг/мл). Таким образом, авторы исследования считают возможным предположить, что добавление изорбида динитрата к общепринятой терапии феномена no-reflow может достоверно снижать частоту развития послеоперационных осложнений у пациентов во время ургентного ЧКВ при ИМпСТ.

Ватулин Н.Т., Склянная Е.В., Косенко М.А., Харченко А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ТРОМБОЦИТОЗА

Актуальность исследования: несмотря на разработку и применение разнообразных современных методов лечения смертность от инфаркта миокарда остается по-прежнему на высоком уровне. Все больше исследований направлены на изучение частоты возникновения острого коронарного синдрома у пациентов с тромбоцитозом без признаков атеросклероза или разрыва атеросклеротической бляшки. Имеются данные, что частота развития повторных тромбозов у пациентов с тромбоцитозом в популяции выше, даже при отсутствии выраженного коронаросклероза и факторов риска.

Цель работы: изучить клиническую характеристику пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) на фоне тромбоцитоза.

Материалы и методы: Было проведено ретроспективное исследование историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении неотложной кардиологии и тромболизиса ИНВХ им.В.К.Гусака за период с 2020 по 2022 год. Проанализировано 181 история болезни пациентов с диагнозом ОИМ. В основную группу вошли 84 пациента с тромбоцитозом, в контрольную – 97

с нормальным уровнем тромбоцитов. Все данные были обработаны на персональном компьютере с использованием статистического пакета MedStat.

Результаты исследования: Распространенность тромбоцитоза среди пациентов с ОИМ составила 46,4% (95% ДИ 39-53,7%). Среди них 62 (73,8%, 95% ДИ 63,8-82,7%) мужчины и 22 женщины 26,2%, 95% ДИ 17,3-36,2%). 5 (6%, 95% ДИ-1,9-12,1) пациентов были моложе 45 лет, 34 (40,5%, 95%, ДИ-30,1-51,3) пациента 46-60 лет, 32 (38%, 95%, ДИ 27,9-48,8%) – 61-75 лет, 13 (15,5% 95%, ДИ-8,5%-24,1%) – старше 76 лет. В контрольной группе количество мужчин составляло 54 (55,7%, 95% ДИ 45,6-65,5) и женщин-43 (44,3%, 95%, ДИ-34,5-54,4) 3 (3,1%, 95%, ДИ-0,6%-7,5%) пациентов были моложе 45 лет, 13 (13,4%, 95%, ДИ-7,3-2,1) пациента 46-60 лет, 74 (76,3%, 95%, ДИ 67,2-84,3%) – 61-75 лет, 7 (7,2% 95%, ДИ-2,9%-13,3%) – старше 76 лет. В основной группе у 34 (40,5%, 95%, ДИ-30.1-51,3) человек наблюдался сахарный диабет (СД) 2 типа, у 38 (45,2%, 95%, ДИ-34,6-56,1%) – артериальная гипертензия 3 степени тяжести, в контрольной группе у 8 (8,2%, 95%, ДИ-3,6-14,6%) и у 32 (33%, 95% ДИ 23,9-42,7%) человек соответственно. Частота СД 2 типа у пациентов в основной группе была достоверно выше, чем в контрольной ($p < 0,0001$). Частота АГ в основной и контрольной группах достоверно не отличались ($p = 0,125$). В основной группе рестеноз коронарных сосудов был выявлен у 53 (63,1%, 95% ДИ 52,4-73,2%), в контрольной группе – у 14 (14,4% 95% ДИ-8,1-22,2%) пациентов. Частота рестеноза коронарных сосудов у пациентов с тромбоцитозами была ожидаемо статистически значимо выше, чем у пациентов с нормальным уровнем тромбоцитов ($p = 0,017$).

Выводы: СД 2 типа и повторные тромбозы достоверно чаще наблюдаются у пациентов с ОИМ на фоне тромбоцитоза, чем в контрольной группе ($p = 0,0001$ и $0,017$ соответственно).

Частота рестеноза коронарных сосудов у пациентов с тромбоцитозами была ожидаемо статистически значимо выше, чем у пациентов с нормальным уровнем тромбоцитов ($p = 0,017$).

Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Харченко А.В., Косенко М.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Цель: изучить влияние анемии на течение острого коронарного синдрома (ОКС).

Материал и методы: Было проведено ретроспективное исследование историй болезни 286 больных с ОКС, которые находились на стационарном лечении в отделении неотложной кардиологии и тромболизиса ИНВХ им. В.К. Гусака с июня 2020 г. по ноябрь 2022г.

Было проанализировано влияние анемии на следующие показатели: длительность пребывания в стационаре, тип возникшего ОКС (с подъемом сегмента ST [ОКСспST] или без подъема сегмента ST) и развитие осложнений (ранней постинфарктной стенокардии, острой сердечной недостаточности). Остальные осложнения ОКС встречались у небольшого числа больных, поэтому выполнение достоверной оценки влияния на частоту их развития было невозможным. В зависимости от уровня гемоглобина и эритроцитов больные были разделены на 2 группы: 1 – показатели ниже нижней границы нормы для пациентов соответствующего пола и возраста; 2 – группа контроля. Статистическая обработка данных проводилась с использованием лицензионного пакета программы «MedStat».

Результаты: В 1 группу вошли 65 пациентов (22,7%, [95% ДИ 18,1-27,8%], во 2 – 221 пациент (77,3% [95% ДИ 72,2-81,9%]). Медиана длительности госпитализации в 1 группе составила 18 (11; 23) дней, в группе контроля – 14 (8; 21) дней. Длительность пребывания в стационаре в 1 группе была достоверно выше, чем во 2 группе ($p = 0,012$).

ОКСспST был зафиксирован в 1 группе у 37 (36,3% [95% ДИ 27,2-45,9%]) лиц, во 2 группе – у 144 (39,5%, [95% ДИ 34,5-44,5%]) лиц. Частота развития ОКСспST в обеих группах достоверно не различалась ($p = 0,287$).

Ранняя постинфарктная стенокардия достоверно чаще ($p < 0,001$) возникала в 1 группе и составляла 29,2% [95% ДИ 18,7-41,1], и в группе контроля 10,4% [95% ДИ 6,7-14,8%] соответственно.

Частота развития острой сердечной недостаточности достоверно не различалась между группами и составляла в 1 группе 20% [95% ДИ 11,1-30,7%], и во 2 группе 24% [95% ДИ 18,6-29,8%] соответственно; $p=0,616$.

Выводы: Пациенты с анемией имели достоверно более высокую длительность пребывания в стационаре ($p=0,012$). Также у этих пациентов ОКС достоверно чаще осложнялся развитием ранней постинфарктной стенокардии ($p < 0,001$).

Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Харченко А.В., Стехина К.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ АНЕМИИ

Цель: изучить клиническую характеристику пациентов с ОКС (острым коронарным синдромом) на фоне анемии.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование историй болезни 286 пациентов с ОКС, находившихся на стационарном лечении в отделении неотложной кардиологии и тромбозиса ИНВХ им. В.К. Гусака за период с июня 2020 г. по ноябрь 2022г. В зависимости от уровня эритроцитов и гемоглобина пациенты были разделены на 2 группы: 1- показатели ниже нижней границы нормы для пациентов соответствующего пола и возраста; 2- группа контроля. Был проведен анализ на наличие в анамнезе признаков гиперлипидемии, и сахарного диабета(СД). Обработку результатов выполняли на персональном компьютере с использованием лицензионного пакета программы MedStat.

Результаты: В первую группу вошли 65 больных с острым коронарным синдромом и анемией. Из них 34 женщины (42,5%, [95% ДИ 31,8-53,6%]) и 31 мужчина (15,0%, [95% ДИ 10,5-20,2%]). Во вторую группу вошёл 221 больной, из которых 175 мужчин (85%, [95% ДИ 79,8-89,5%]) и 46 женщин (57,5%, [95% ДИ 46,4-68,2%]). Причем в 1 группе женщин было достоверно больше, чем во 2 ($p < 0,001$). Проведен анализ распределения пациентов в двух группах по возрастным категориям: до 45 лет, 46-60 лет, 61-75 лет и 76 и старше. В 1 группе – 5 (7,7%), 22 (33,8%), 26 (40%) и 12 (18,5%); во 2 группе – 16 (7,2%), 111 (50,2%), 71 (32,1%) и 23 пациента (10,4%) соответственно. При этом среди 1 группы преобладала категория пожилых пациентов ($p=0,014$). Признаки гиперлипидемии в анамнезе достоверно не различались между группами: в 1 группе у 11 пациентов (16,9%, [95% ДИ 8,7-27,1%]) и во 2 группе у 34 пациентов (15,4%, [95% ДИ 10,9-20,4%]) ($p=0,912$).

Наличие сахарного диабета в 1 группе было у 18 пациентов (27,7% [95% ДИ 17,4-39,4%]), и в группе контроля соответственно у 31 пациента (14% [95% ДИ 9,8-18,9%]).

СД достоверно чаще встречался среди пациентов с анемией по сравнению с группой контроля ($p=0,025$)

Выводы: У пациентов с ОКС анемия чаще выявляется у женщин, особенно в пожилом возрасте. Сахарный диабет в анамнезе присутствовал достоверно чаще у больных с ОКС и анемией ($p=0,025$).

Ващенко А.В., Зятева А.П., Жижко А.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВОЗМОЖНОСТЬ ВОВЛЕЧЕНИЯ ГЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА

Актуальность. В основе реализации повреждения тканей головного мозга (ГМ) при сахарном диабете второго типа (СД 2 типа) лежит воздействие инсулинорезистентности (ИР), гиперинсулине-

мии, гипер- и гипогликемии, глюкозотоксичности, а также реакции активации свободнорадикального окисления (СРО) и перекисного окисления липидов (ПОЛ). В ряде исследований было установлено, что данные метаболические нарушения инициируют повреждение гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Однако до сих пор не ясны механизмы, согласно которым повышается внутричерепное давление (ВЧД) и пролонгируется воздействие токсических продуктов обмена веществ на ткани ГМ. Ранее считалось, что ГМ лишен лимфатических сосудов, однако в настоящий момент выявлено наличие глимфатической системы ГМ, которая имеет общие анатомические структуры с ГЭБ и, вероятно всего, также повреждается при СД 2 типа. Понимание особенностей реализации патологических процессов будет способствовать выбору оптимальной терапии при СД 2 и, соответственно, повышению качества жизни пациентов и увеличению продолжительности жизни за счет снижения риска цереброваскулярных осложнений.

Материалы и методы. Анализ данных современных отечественных и зарубежных исследований, посвященных изучению патофизиологической взаимосвязи СД 2 типа и нейродегенеративных процессов.

Результаты. Глимфатическая система представляет собой интракраниальную лимфатическую систему, которая необходима для элиминации продуктов конечного обмена и токсических веществ. Основой фильтрации являются каналы аквапорина 4 типа, которые находятся на астроцитарных ножках. Данная система представлена параваскулярными пространствами Вирхова-Робина и периваскулярными пространствами, через которые осуществляется фильтрация интерстициальной жидкости с дальнейшим ее поступлением в ликвор. В результате исследований было выявлено, что вследствие избыточного накопления токсических веществ и конечных продуктов метаболизма нарушается глимфатический отток в ликвор, что проявляется повышением ВЧД и интоксикацией. Допустимо предположить, что СД 2 типа играет особую роль в нарушении глимфатического оттока вследствие хронической глюкозотоксичности, гиперинсулинемии и ИР, а также вследствие активации СРО и ПОЛ. Также особо негативно на функционирование структур ГМ влияет как гипо-, так и гипергликемия, которая ассоциируется с выраженными метаболическими нарушениями. Функционирование глимфатической системы в условиях СД 2 типа ранее описано не было, однако доказанным фактом является повреждение структур ГЭБ вследствие метаболических нарушений при СД 2 типа. Функционирование глимфатической системы тесно сопряжено с функционированием ГЭБ за счет наличия общих анатомических составляющих. Наружный слой ГЭБ образован концевыми отростками астроцитов, которые также содержат каналы-аквапорины. Кроме того, у сосудов микроциркуляторного русла (за исключением капилляров) базальная мембрана контактирует с пространством Вирхова-Робина, также с данным пространством контактируют глиальные мембраны астроцитов.

Выводы. Таким образом, допустимо предположить, что в реализации нейродегенеративных процессов и развитии острых и преходящих нарушений мозгового кровообращения при СД 2 типа задействованы как минимум две системы ГМ: глимфатическая и ГЭБ. С целью предупреждения прогрессирования нейродегенеративных процессов при СД 2 типа возможно исследование медикаментозного воздействия на каналы-аквапорины ГМ с целью повышения клиренса токсических веществ, обусловленных нарушением углеводного обмена.

Введенская О.Ю.

НОЧУ ВО «Московский финансово-промышленный университет «Синергия», г. Москва

ПРЕПОДАВАНИЕ ПАТОЛОГИИ В СТРУКТУРЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Патология – это одна из фундаментальных дисциплин, изучение которой необходимо для любого специалиста в области медицины. История развития медицины и патологии шла по пути интеграции научных дисциплин и формирования целостной научной картины мира в конкретной области знаний. В настоящее время, значимость патологии в структуре фармацевтического образования можно обозначить с нескольких позиций. Во-первых, это изучение типовых патологических процессов, которые

лежат в основе формирования конкретных нозологических единиц. Любой типовой патологический процесс имеет сложный механизм развития (то есть патогенез), что создает предпосылку для создания лекарственных методов воздействия на него (так называемое патогенетическое лечение). Следовательно, изучение патогенеза заболеваний необходимо для понимания действия лекарственных препаратов, и, возможно, указывает направления для создания новых лекарственных средств, а перечень тем, которые составляют курс общей патологии, может указать перспективы для дальнейшего научного исследования. То есть соблюдается один из главных принципов педагогики: «Применение теоретических знаний на практике».

Вторая позиция, которая отражает необходимость изучения патологии на фармацевтическом факультете, состоит в соблюдении главного принципа единой методической системы обучения в медицинском университете, а именно, преемственность обучения на разных кафедрах. Так, для изучения патологии базовыми дисциплинами являются нормальная физиология и биохимия, тогда как патология – это база для изучения фармакологии и клинической фармакологии. Поскольку преподавание клинической фармакологии основано на нозологическом подходе, то есть лекарственной терапии конкретных нозологических форм, то частная патология, изучаемая во втором семестре, дает представление о патогенезе конкретных нозологических единиц и обоснования принципов их коррекции.

Таким образом, знание конкретных нозологических форм и патогенеза их развития позволяет в дальнейшем создавать новые лекарственные препараты и оказывать более действенное патогенетическое лечение. Кроме того, знание патогенеза и конкретных мишеней для действия лекарственных препаратов позволило создать новое направление в лечении, так называемую «таргетную терапию», что позволяет специалистам, имеющим фармацевтическое образование активно участвовать в клинических испытаниях новых лекарственных препаратов.

Последней темой курса патологии является «Общая нозология», которая дает представление об общих вопросах этиологии и патогенеза заболеваний, освещает философские и методологические вопросы современной медицины, то есть является итогом изучения данного предмета и направлена на формирование диалектического мышления и общей научной картины мира у выпускников фармацевтического факультета.

Веденин Ю.И., Мандриков В.В., Михайличенко Г.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ЭТАПНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Актуальность. Своевременная диагностика и выбор оптимального варианта лечения пациентов с холедохолитиазом в каждом конкретном случае являются одной из сложных и актуальных проблем в современной хирургии [1, 2]. Это прежде всего заключается в особенностях течения заболевания панкреатобилиарной зоны, вызвавшего обструкцию желчевыводящих путей и наличия спектра тяжелых осложнений. В связи с чем существует необходимость в разработке и внедрении этапного эндоскопического лечения у данной категории пациентов с целью снизить количество осложнений. Бесспорно, что в настоящее время эндоскопические вмешательства с проведением папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и литоэкстракции (ЛЭ) являются основными пособиями у пациентов с обструкцией желчевыводящих путей, осложненными механической желтухой.

Цель: обосновать применение этапного эндоскопического лечения у пациентов с обструкцией желчевыводящих путей, осложненных механической желтухой.

Материалы и методы: на базе ГКБ СМП №25 г период с сентября 2022 по ноябрь 2022 гг было 132 пациентам были выполнены эндоскопические транспапиллярные вмешательства по поводу обструкции желчевыводящих путей доброкачественного и злокачественного генеза. С признаками билиарной гипертензии и механической желтухи поступили 103(78%) пациента. У 24 (18,2%) пациентов с диагностированным холедохолитиазом при поступлении отмечались высокие цифры билирубина

(130-268 мкмоль/л). У данной категории пациентов выполнили этапное эндоскопическое лечение: первым этапом была проведена декомпрессия желчевыводящих путей с целью снижения уровня билирубина, вторым этапом выполнили литоэкстракцию.

Результаты и обсуждения: Анализ проведенных эндоскопических транспапиллярных вмешательств показал, что этапность в лечении пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, позволило свести к минимуму количество осложнений, как во время манипуляции, так и в послеоперационном периоде. Всем пациентам данной категории первым этапом выполнили канюляцию желчных протоков с ретроградной холангиографией, с целью диагностики характера патологии и дозированную папиллотомию. С целью декомпрессии и санации желчных протоков выполнили назобилиарное дренирование у 20 пациентов и у 4 пациентов произвели установку пластикового стента. Все манипуляции первого этапа проводились в срочном порядке и были направлены на профилактику риска развития осложнений во время манипуляции (кровотечения на фоне коагулопатии, вследствие высоких цифр билирубина, сократить время и травматичность проведения манипуляции, учитывая тяжесть состояния пациентов) и послеоперационных осложнений (кровотечения из зоны папиллотомии, образование холангиогенных абсцессов). Второй этап эндоскопических транспапиллярных проводили после нормализации уровня билирубина, с предоперационной подготовкой пациентов, с учетом и коррекцией сопутствующей патологии. Во время проведения второго этапа транспапиллярного вмешательства выполнялась папиллосфинктеротомия, литоэкстракция (при необходимости литотрипсия). У пациентов, которым проводили этапное эндоскопическое лечение, осложнений как во время проведения манипуляции, так и в послеоперационном периоде не наблюдали.

Выводы: Этапность проведения эндоскопических транспапиллярных вмешательств у пациентов с механической желтухой позволило минимизировать количество осложнений, как во время проведения манипуляции, так и в послеоперационном периоде.

Веденин Ю.И., Орешкин А.Ю., Шаталов А.А., Назарук А.С., Саидшах А.С., Жуликова С.В., Литвинов А.А.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

О ПОКАЗАНИЯХ К НЕОТЛОЖНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК) остаются актуальной хирургической проблемой. Главными стратегическими вопросами являются место эндоскопического гемостаза (ЭГ), определение его устойчивости, прогнозирование риска рецидива язвенного кровотечения, показания и объем хирургического вмешательства. Согласно статистическим данным основные показатели при лечении данной патологии в РФ колеблются в весьма широких пределах. Так по субъектам РФ оперативная активность варьирует от 6,6% до 57,2% (в среднем 15,5%), послеоперационная летальность – от 4,7% до 40,2% (16,5%), общая летальность от 2,5% до 16,5% (6,4%). Причем не прослеживается прямой корреляции между этими показателями, как и не прослеживается яркой зависимости от «столичности» или «периферийности» регионов, что могло быть косвенным отражением технологической и кадровой возможностей эндоскопической службы. Очевидно, что данная ситуация кроется в методических подходах к решению проблемы ЯГДК. Следует отметить, что существующие на настоящий момент «Клинические рекомендации» позволяют достаточно широко трактовать показания в применении того или иного метода эндоскопического или хирургического гемостаза как при т.н. «высоком риске рецидива кровотечения», так и при самом рецидиве кровотечения. Пожалуй лишь необходимость экстренного хирургического вмешательства при продолжающемся ЯГДК при безуспешности эндоскопического гемостаза не вызывает сомнений. Данной ситуации способствует и отсутствие систем оценки устойчивости гемостаза (риска его рецидива), которые учитывали бы как технологическое качество эндогемостаза, так и качество эндогемостаза медикаментозного.

В нашей клинике, имея в арсенале круглосуточно функционирующую эндоскопическую службу арсенал эндогемостатических методик (инъекционный и электрокоагуляционный ЭГ, клипирование)

далеко не полный. В лечении ЯГДК мы однозначно отдаем место нехирургическим, эндоскопическим методам лечения ЯГДК. По нашим наблюдениям консервативные методы лечения ЯГДК составили 94,4%. Оперативная активность составила 5,6%. Пока-заниями к оперативному лечению считаем: неэффективность первичного гемостаза, неэффективность эндогемостаза при рецидиве, повторный рецидив (относительно), «бесперспективность» эндогемостаза. И хотя послеоперационная летальность за последние 10 лет оказалась достаточно высокой (31%), получена она была при вынужденных операциях, как правило, у лиц пожилого и старческого возраста ($71,7 \pm 14,8$ лет) с тяжелыми, большими, пенетрирующими язвами с выраженной коморбидностью. Об эффективности выбранной нами тактики свидетельствует показатель общей летальности – 3,6%.

Выводы: 1. Подавляющее большинство пациентов с ЯГДК может быть излечено без открытого оперативного вмешательства. 2. Критерии оценки риска рецидива кровотечения, устойчивости гемостаза требуют дополнительного уточнения. 3. Показания к оперативному лечению и выбору его способа нуждаются в более четкой регламентации.

Веденин Ю.И., Степанов С.Л., Николаев А.Ю., Ивченко Ю.В., Литвинов А.А., Жуликова С.В.,

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград
ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15», г. Волгоград

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В ПОВТОРНОЙ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Национальные клинические рекомендации по лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) рекомендуют выполнение контрольной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) всем пациентам, которым выполнялся эндоскопический гемостаз (ЭГ), а также при неполном первичном осмотре, также констатируют низкую эффективность инъекционного метода ЭГ, указывая на более высокую эффективность комбинаций различных методик ЭГ.

Цель работы: изучить результаты применения различных методик ЭГ у пациентов с ЯГДК, оценить возможность отказа от выполнения повторной ЭГДС у данной категории пациентов.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения пациентов с ЯГДК, госпитализированных в ГУЗ «КБСМП № 15» г. Волгограда в период с 1 января 2021 по 18 ноября 2022 г. и пролеченных с использованием ЭГ. В исследование вошли 67 человек, из них 40 мужчин в возрасте от 36 лет до 91 года и 27 женщин в возрасте от 19 до 93 лет. Вмешательства осуществлялись видеогастроскопиями Pentax EG-2990i с видеопроцессором ЕРК-і7010. Инъекционный гемостаз (ИГ) выполняли введением 0,01% раствора адреналина. Монополярную коагуляцию производили доступными инструментами (полипэктомическими петлями, щипцами для «горячей» биопсии) коагулятором «Martin». Для клипирования использовали клип-аппликатор эндоскопической модели ESO-CLIP компании «EndoStars».

Полученные результаты. Выполнено 84 сеанса ЭГ, из которых 47 были осуществлены с применением одного метода воздействия на источник ЯГДК, а именно: 38 – ИГ; 8 случаев гемостаза монополярной коагуляцией и 1 случай клипирования. В 37 случаях применена комбинация методов: в 29 случаях ИГ дополнили коагуляцией, в 4 случаях ИГ сочетали с клипированием, в 3 случаях применили коагуляцию совместно с клипированием и в 1 случае использовали все 3 методики. 56 пациентам (29 мужчинам и 27 женщинам) был выполнен 1 сеанс ЭГ. 11 пациентам потребовались повторные вмешательства (от 1 до 4) – всего им было осуществлено 28 эпизодов ЭГ. В режиме монотерапии эффективность ИГ составила 66%, коагуляции – 75%, единственный случай клипирования был эффективен. Эффективность комбинации ИГ и коагуляции составила 79%, ИГ и клипирования – 50% (2 из 4 сеансов), коагуляции и клипирования – 100% (3 эпизода), сочетание всех 3 методов (1 случай) было эффективным. Все пациенты, которым потребовался повторный ЭГ, были мужского пола (в возрасте от 36 до 73 лет). У 2 пациентов выполнялся повторный сеанс ИГ, 1 пациенту повторно производилась

коагуляция. У 3 пациентов после применения комбинации ИГ и коагуляции при повторной ЭГДС ограничили ИГ. 5 пациентам добиться окончательного гемостаза удалось используя комбинацию ИГ и коагуляции: в 2 случаях после первичного ИГ, у 2 пациентов после комбинации ИГ + клипирование и у 1 пациента после двух сеансов ЭГ коагуляцией. У 2 пациенток с ЯГДК Forrest IA ИГ был неэффективен, они успешно прооперированы. Прооперировано 2 пациента с ЯГДК Forrest IB (в 1 случае была пенетрация язвы) после применения комбинации ИГ с коагуляцией. Общая летальность составила 4,5%.

Заключение. Методики ЭГ при помощи коагуляции и клипирования превосходят по своей эффективности ИГ, комбинирование методик ИГ и коагуляции повышает эффективность ЭГ до 79%. Пациентки с ЯГДК в случае эффективного ЭГ не требуют повторной ЭГДС.

Выводы. ЭГ является эффективным способом остановки и профилактики рецидива ЯГДК, позволяющим успешно остановить язвенное кровотечение у 91% пациентов. Пациенты с ЯГДК мужского пола имеют более высокую потребность в повторном ЭГ (27,5% случаев). Рутинное проведение повторной ЭГДС женщинам с ЯГДК после эффективного первичного ЭГ методами клипирования, коагуляции, ИГ или любыми их комбинациями не показано.

Веденин Ю.И., Шаталов А.А., Орешкин А.Ю., Кучин Д.А.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СИСТЕМА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА ПЕРИТОНИТА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Введение: для исследования и прогнозирования течения перитонита применяются прогностические шкалы. Шкала Прогностического индекса релапаротомии (ПИР) разработанная в 1993 году J .Pussajo для принятия решения выполнении релапаротомии которая совмещает в себе данные инфекционного процесса и объективным состоянием органной дисфункции. Шкала Индекса брюшной полости (ИБП), позволяет уточнить показание к выбору тактики лечения. Однако некоторые показатели, используемые в этой шкале, такие, как: инфильтрация стенки кишечника, степень наложения фибрина, оценка состояния послеоперационной раны, носят субъективный характер. Поэтому ИБП может использоваться только как один из критериев прогнозирования. Шкала МРІ (индекс Мангеймского перитонита) представляет собой инструмент оценки тяжести, используемый для определения стадии перитонита и прогнозирования риска смерти. По данным шкалы МРІ при баллах > 26 риск смерти составляет 28,1%, при 25 баллов и менее – 4% , менее 21 балла- 1,9%.

Цель работы: оценить прогностическую значимость предикторов исхода перитонита в соответствии с индивидуальным хирургическим риском для определения показаний для повторных вмешательств.

Материалы и методы: для определения показаний для релапаротомии и санации брюшной полости нами разработана оценивающая система, основанная на МРІ и ИБП – система прогнозирования перитонита и релапаротомии (СПР), которая включает в себя основные, наиболее значимые критерии МИП и ИБП: возраст, наличие органной недостаточности, наличие злокачественной опухоли, распространенность перитонита, перитонит по характеру экссудата, лабораторные показатели, SIRS. Максимальное количество баллов- 47.

Выполнен ретроспективный анализ медицинской документации больных с перфорацией толстой кишки, которым выполнена релапаротомия. Включено 80 больных за период 2010-2022гг.

Результаты: при балльной оценке по шкале СПР до 20 баллов, летальность составила 0%- релапаротомия не показана. Показано проведение консервативной антибактериальной, дезинтоксикационной терапии. Повторное хирургическое вмешательство возможно при наличии осложнений (релапаротомия по требованию) или «damage control», «second look».

При количестве баллов 20-30 – прогноз сомнительный, летальность составляет от до 33,3%. В данном случае релапаротомия может быть запланирована при изменении лабораторных показателей –

СРБ выше 50 мг/л и прокальцитонин выше 0,5 нг/л. В случае показателей в диапазоне референсных значений, релапаротомия выполняется по требованию.

При значении СПР выше 30 баллов абсолютное показание к релапаротомии. При этом летальность до 66,7%. Сроки выполнения релапаротомии планируются во время первой операции.

Выводы:

Данное исследование подтвердило высокую прогностическую ценность нового индекса СПР для оценки исхода перитонита и определения хирургической тактики.

Веденин Ю.И., Шаталов А.А., Шаталова О.В., Орешкин А.Ю., Шошинов И.Г.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

БИОМАРКЕРЫ КОАГУЛОПАТИИ ПРИ COVID-19

Введение

По данным ретроспективного когортного исследования пациентов с COVID-19, частота развития ишемического инсульта, подтвержденного методами визуализации, составляет 0,9%. Пациенты с COVID-19 имеют более высокий балл по шкале инсульта Национального института здравоохранения при поступлении, более высокие пиковые уровни Д-димера и более высокую смертность. По данным Bilaloglu и соавт. частота развития ишемического инсульта составляет 1,6% всех тромботических событий. Маркеры коагуляции (Д-димер, фибриноген) и воспаления у пациентов с COVID-19 обычно превышают уровень референсных значений у пациентов в критическом состоянии с развитием ОНМК. Помимо повышения уровня Д-димера, при COVID-19 наблюдается повышение провоспалительных маркеров – СРБ, цитокинов. Высвобождение провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ФНО-альфа), повреждение клеток, метаболический ацидоз и вторичное повреждение тканей являются гипотетически механизмами высокого уровня ферритина у больных COVID-19.

Цель – прогностическая оценка корреляции лабораторных показателей с тяжестью течения COVID-19 и вторичным ОНМК.

Материалы и методы: выполнен ретроспективный анализ медицинской документации больных, находящихся на стационарном лечении в перепрофилированной многопрофильной медицинской организации для оказания медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Для анализа отобраны истории болезни пациентов COVID-19 со вторичным ОНМК. Оценивались лабораторные предикторы развития ОНМК на фоне COVID-19. Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (при распределении показателей, отличном от нормального). Прогностическая модель, характеризующая зависимость количественной переменной от факторов, разрабатывалась с помощью метода линейной регрессии.

Результаты: Проанализировано 1800 историй болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении в перепрофилированной многопрофильной медицинской организации для оказания медицинской помощи больным COVID-19. Для корреляционного анализа отобрано 13 историй болезни (0,7%) пациентов средне-тяжелым и тяжелым течением COVID-19, у которых диагностировано ОНМК. Тяжесть течения COVID-19 соответствовала стадии заболевания по КТ (эмпирическая шкала визуальной оценки поражения легких). При COVID-19 чаще выявляется повышение уровня Д-димера, СРБ и ферритина. Анализируя показатель Д-димера при КТ3-КТ4, не удалось установить статистически значимых различий между уровнем Д-димера и степенью тяжести процесса ($p = 0,647$) (Критерий Краскела-Уоллиса).

Высокий уровень ферритина свидетельствует об активированной моноцитарно-макрофагальной системе. При сопоставлении уровня ферритина в зависимости от степени поражения легких по КТ также не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,264$) (Критерий Краскела-Уоллиса).

Выявлена закономерность, при которой увеличение уровня Д-димера на 1 мкг/мл уменьшается уровень ферритина на 37,219 Мкг/л. Полученная модель объясняет 5,2% наблюдаемой дисперсии

ферритина. Однако при увеличении Д-димера на 1 мкг/мл следует ожидать увеличение показателя С – реактивного белка на 10,23 мг/л. Полученная модель объясняет 10,2% наблюдаемой дисперсии С – реактивного белка.

Вербицкая М.С., Вербицкий В.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

РОЛЬ ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА

Актуальность. На сегодняшний день проблема аборт является одной из самых важных, как в нашей стране, так и во всем мире. Согласно мировой статистике, ежегодно на этот шаг решаются около 55 миллионов женщин, что составляет 21% от общего количества беременностей. В Республике Беларусь за тридцать лет количество аборт уменьшилось более, чем в 10 раз и насчитывает около 25 тысяч (10,8%). Несмотря на это, данная проблема остается важнейшей в современном обществе, т.к. каждый год в женские консультации, желая прервать беременность, обращаются тысячи женщины. Результатом кропотливой работы, направленной на улучшение демографической обстановки Республики Беларусь, является открытие с 2016 года в городе Минске шести кабинетов «за жизнь» на базе женских консультаций.

Психологическая помощь оказывается женщинам и членам их семей на безвозмездной основе. Прием проводится профессиональным психологом или психологом-волонтером местного общественного благотворительного объединения «Центр поддержки семьи и материнства «Матуля». Целью кабинета «За Жизнь» является оказание всех видов психологической помощи женщинам и их семьям, проведение предабортного консультирования женщинам, информирование граждан о причинах возникновения психологических проблем, способах профилактики и их разрешения.

Цель: Изучить эффективность проведения предабортного консультирования в женских консультациях г. Минска и его влияние на желание пациенток сохранить беременность.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ годовых отчетов о проделанной работе психологов кабинетов «за жизнь» за 2016-2019 годы, на базе женских консультаций города Минска.

Результаты и их обсуждение. За 2016 год в городе Минске предабортное консультирование было проведено 1966 женщинам, 382 (19,43%) из которых не состояли в официальном браке; 1220 женщин (62,05%) были замужем, а 364 женщины (18,52%) не имели постоянного партнера. В 2017 год предабортное консультирование в городе Минске прошли всего 2614 женщин; 698 (26,7%) из них были официально незамужними, 1420 (54,3%) состояли в официальном браке; 496 (19%) женщин не имели постоянного партнера. За 2018 год было проведено 2926 предабортных консультирований. Количество незамужних женщин составило 885 (30,25%); 1141 женщина (39%) состояли в официальном браке, а 900 женщин (30,75%) не имели постоянного партнера.

Анализируя результаты исследования, нами отмечено: в 2016 году первобеременных женщин было 385 (19,58%). количество прерванных беременностей среди всех прошедших предабортное консультирование составило 1668 (87,7%), а количество сохраненных беременностей – 242 (12,3%). По итогам 2017 года первобеременных женщин насчитывалось 360 (13,8%), количество прерванных беременностей составило 2314 (88,5%), а сохраненных – 300 (11,5%). Количество первобеременных женщин, прошедших предабортное консультирование в 2018 г., составило 415 (14,2%), прерванных беременностей насчитывалось 2426 (83%), а сохраненных беременностей – 500 (17%), а в 2019 году количество сохраненных беременностей после предабортного консультирования составило 550.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о высокой эффективности предабортного консультирования в снижении числа прерываний беременности. Общее количество сохраненных беременностей с 2016 по 2019 годы выросло на 4,7% и составило 1592 спасенных жизней в городе Минске Республики Беларусь, что показывает необходимость продолжения совместной работы психологов и акушеров-гинекологов в этом направлении.

Вербицкий А.И., Ермолаева К.А., Самарина Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Хабаровск

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ НА СТРУКТУРНЫЙ ГОМЕОСТАЗ ПОЧЕК ПОЛОВОЗРЕЛЫХ БЕЛЫХ КРЫС

Актуальность. Гипоксическое поражение органов и систем приводит к нарушению их функционирования и снижению адаптационных возможностей. Согласно литературным данным, у животных, перенёсших антенатальную гипоксию, наблюдалось: снижение массы тела и относительной массы печени, уменьшение площади гепатоцитов и общей площади их ядрышек (Pinaeva, O.G. et al., 2019); снижение абсолютной и относительной массы сердца и количества ядрышек в ядрах кардиомиоцитов (Zubenko, S.I. et al., 2014).

Цель исследования. Изучить изменение структурного гомеостаза почек белых крыс, подвергшихся воздействию внутриутробной гипоксии.

Материалы и методы. Для моделирования антенатальной гипоксии 3-4-месячных беременных крыс помещали в барокамеру и «поднимали» на высоту 7000 м.

После получения потомства формировали 2 экспериментальные группы: группа «контроль» (n=8); группа «гипоксия» (n=8).

Животных в возрасте 60-суток выводили из эксперимента. Проводили гистологическую обработку ткани по общепризнанной методике (Korzhevskij D., 1990), подсчёт среднего числа ядрышек в ядрах гепатоцитов, эпителиоцитов почек и клубочков осуществляли на микроскопе Биолам (не менее 200 ядер). Площадь ядер, ядрышек и клубочков оценивали на анализаторе изображения «МЕКОС-Ц».

Результаты и выводы. У 60-суточных животных, перенёсших внутриутробную гипоксию выявлено снижение плотности нефронов в почках. Мы обнаружили достоверное уменьшение общего числа клубочков (на 63%) и их площади у экспериментальных животных группы «гипоксия». Известно, что процесс нефрогенеза у крыс начинается в середине беременности, а около 60% нефронов развивается в течение III триместра (Miroshnichenko M.S., 2013), именно в этот период экспериментальные животные подвергались воздействию внутриутробной гипоксии. Гипоксия плода приводит к снижению продукции амниотической жидкости и перераспределению кровотока плода с уменьшением перфузии почек (Morozov

S.L. et al., 2021). Уменьшение числа клубочков у новорождённого приводит к значительному уменьшению клубочков во взрослой почке (Seta K.A. et al., 2002).

Результаты исследования анаболической активности показали, что внутриутробное гипоксическое воздействие приводило к достоверному уменьшению площади ядер эпителиоцитов почек на 24% и к достоверному уменьшению среднего количества ядрышек в ядрах эпителиальных клеток ткани почек на 24%, по сравнению с контролем. Кроме этого, при микроскопии препаратов мы наблюдали, что в группе «гипоксия» превалировали ядра с одним ядрышком, тогда как, в контрольной группе в равных долях обнаруживались ядра с одним и двумя ядрышками. Уменьшение количества ядрышек в ядрах эпителиальных клеток почек экспериментальных животных группы «гипоксия» можно расценивать, как угнетение анаболических белково-синтетических процессов. Ингибирование синтеза белка при гипоксии физиологически обосновано, поскольку служит энергосберегающей адаптивной

реакцией клетки на дефицит кислорода (Grummt I., 2013).

На основании полученных результатов можно сделать выводы:

1. Антенатальная гипоксия индуцирует уменьшение количества и площади клубочков в ткани почек 60-суточных белых крыс.
2. У половозрелых животных, перенёсших антенатальную гипоксию, наблюдается достоверное уменьшение площади ядер эпителиоцитов почек, достоверное снижение числа ядрышек в ядрах эпителиальных клеток почек.

Верешко Е.В., Черных С.В., Бабенко-Сорокопуд И.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства (ДРЦОМД), г. Донецк

АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЮНЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Актуальность. За последние 10 лет, по данным ДРЦОМД, доля родов у несовершеннолетних возросла в 3 раза. Беременность подростка сопровождается сильным стрессом и конфликтной семейной ситуацией, являющимися мощными патогенными факторами, отсутствие благоприятной психологической настроенности влечёт за собой ряд серьёзных проблем, приводит к репродуктивным потерям, осложненному течению беременности и родов. Раннее обращение несовершеннолетних беременных к врачу акушеру-гинекологу увеличивает возможность создания доверительных отношений при лечении совместно с психологом, улучшению исходов гестации. В современных условиях постоянного увеличения потока информации, экологических, экономических, политических, социально-бытовых и нравственных проблем, юные беременные являются наиболее уязвимой частью общества, которая испытывает психоэмоциональный стресс, в связи с чем предложено множество подходов к изучению готовности к материнству юных беременных для прогноза течения беременности, родов, дальнейшего материнского поведения.

Цель. Выявить особенности психоэмоционального статуса несовершеннолетних беременных.

Материалы и методы. В ДРЦОМД проведено анонимное анкетирование 69 юных беременных возрастом 13-17 лет (в среднем $16,18 \pm 1,32$ лет).

Результаты. Средний срок беременности, в котором несовершеннолетние девочки-подростки узнали о ее наличии, составил $9,2 \pm 1,2$ недели, а случайной свою беременность назвали 63 (91,4%) из них. При этом 40 (58%) юных беременных ощущали страх, 38 (55,1%) – озадаченность и замешательство, 26 (37,7%) – грусть и жалость к себе, чувство гнева по отношению к себе и партнёру, 20 (28,9%) – испытывали внутреннее неприятие факта беременности, у 12 (17,4%) несовершеннолетних отмечались депрессивные мысли. Чувство счастья и радости в качестве первой реакции на наступление беременности ощущали 12 (17,4%) юных беременных, тогда как равнодушие, апатию и безразличие – 3 (4,4%). Сразу приняли решение вынашивать беременность и рожать ребёнка 18 (26,1%) несовершеннолетних. В 43 (62,3%) случаях причиной сохранения беременности юными девочками стало опасение развития бесплодия после медицинского аборта, в 31 (44,9%) – страх перед прерыванием беременности, кроме того, каждая четвертая несовершеннолетняя беременная (16 – 23,2%) мотивировала свои действия желанием удержать отца ребёнка. В ожидании будущего ребёнка отмечался интерес и чувство уверенности в своих силах у 22 (31,9%) и 12 (17,4%) юных беременных, тревога как основная эмоция фиксировалась в 28 (40,6%) случаях, неуверенность – в 23 (33,3%) случаях. У 25 (36,2%) опрошенных ожидания после выписки домой выражались в желании воспитывать малыша, тогда как практически каждая пятая (13 – 18,8%) юная беременная не задумывалась о своей дальнейшей жизни.

Выводы. Беременность для подавляющего большинства несовершеннолетних была незапланированной, проведенный анализ подтверждает наличие у них психоэмоциональной неустойчивости, отсутствие заинтересованности, психологической готовности к вынашиванию беременности и рождению ребёнка, а основополагающими эмоциями на первый план выступали чувство страха, тревоги, неуверенности. Юным беременным и матерям необходимо оказывать комплексную квалифицированную медицинскую, психологическую и медико-социальную помощь в специализированных центрах, задачей которых является сопровождение несовершеннолетних подростков во время беременности, оказание им поддержки до и после родов, а также дальнейшее наблюдение.

Верещагин С.И.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

ДИСПЛАЗИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ. К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ

Дисплазия тазобедренных суставов является наиболее частой патологией костно-мышечной системы у детей первого года жизни. Несвоевременное оказание ортопедической помощи при данном заболевании ассоциируется с развитием диспластического коксартроза, наличие которого нередко приводит к инвалидности больных и требует их оперативного лечения (О.А. Малахов, 2005). В современных условиях продолжают отмечаться случаи позднего выявления нарушений развития тазобедренных суставов у детей, что свидетельствует о необходимости изучения причин возникновения диагностических ошибок.

Цель исследования: анализ и обобщение литературных данных и собственных клинических наблюдений, посвященных проблемам и ошибкам ранней диагностики дисплазии тазобедренных суставов у детей.

Материалы и методы. Проведен обзор отечественных и зарубежных публикаций, а также ретроспективный анализ результатов собственных клинико-инструментальных исследований, которые на протяжении более 30 лет рутинно выполнялись с целью выявления патологии тазобедренных суставов у новорожденных и детей первого года жизни.

Результаты и обсуждение: Благодаря разработке и широкому внедрению в практическое здравоохранение системы раннего ортопедического и ультразвукового скрининга, возможности своевременной и точной диагностики диспластических заболеваний тазобедренных суставов у детей значительно возросли. Ультразвуковое исследование (УЗИ) совместно с физикальным обследованием ребенка первых дней и недель жизни позволяет в большинстве случаев выявить патологию тазобедренных суставов и обеспечить раннее начало ортопедического лечения (А.Я. Вовченко, Я.Б. Куценко, 2005). Отмечается, что нарушение развития вертлужной впадины (ацетабулярная дисплазия) может быть определено только с помощью лучевых методов визуализации. Фундаментальные основы методики УЗИ тазобедренных суставов у детей были разработаны австрийским детским ортопедом, профессором Р.Графом (1983).

В большинстве стран постсоветского пространства используется программа избирательного ультразвукового скрининга для ранней диагностики дисплазии тазобедренных суставов (Г.А. Айвазян, 2011). Показаниями для выполнения УЗИ являются клинические признаки и факторы риска дисплазии тазобедренных суставов, установленные в результате изучения перинатального и семейного анамнеза, а также путем осмотра ребенка. Обращает внимание, что раннее выявление патологии тазобедренного сустава у новорожденных и детей первого года жизни часто осуществляется не ортопедами, а врачами неонатологами и педиатрами, не всегда достаточно осведомленными о сложности рассматриваемой проблемы (И.Ю. Поздников, 2017). Клиническое обследование тазобедренных суставов зачастую ограничивается оценкой разведения бедер.

В современных условиях применяются различные методики УЗИ тазобедренного сустава: статическое исследование морфологических параметров сустава по R. Graf, и динамическое исследование, которое предложено Т. Nagke (1985). Последнее включает оценку стабильности положения головки бедренной кости при выполнении функциональной пробы. Недостатком обеих методик является то обстоятельство, что для точной интерпретации результатов УЗИ необходим опытный и подготовленный врач-диагност. Ошибки во время проведения УЗИ тазобедренных суставов у детей младшего возраста, по результатам специальных исследований, отмечены в 61% случаев (А.И. Корольков, 2010).

Выводы. Основными причинами ошибок ранней диагностики дисплазии тазобедренных суставов у детей являются отсутствие осмотра новорожденного ортопедом в роддоме и проведения сплошного ультразвукового скрининга. Во время выполнения УЗИ тазобедренных суставов у детей первого года жизни необходимо тщательное соблюдение методики обследования, что позволит уменьшить количество диагностических ошибок.

Верещагин С.И., Хаустов С.А.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПОНСЕТИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА

Врожденная эквино-варусная деформация стопы (далее – врожденная косолапость) наблюдается в 5-10 случаях на 1000 новорожденных и среди всех врожденных заболеваний костно-мышечной системы занимает по частоте второе место после патологии тазобедренного сустава. В настоящее время «золотым стандартом» лечения детей с врожденной косолапостью ортопедами во всем мире признается метод Понсети. Использование данной уникальной технологии, сочетающей преимущества консервативного и оперативного методов лечения, позволяет получить отличные и хорошие результаты в более чем 90% случаев. Высокую эффективность лечения обеспечивает четкое соблюдение принципов этапности и последовательности коррекции деформации стопы и проведение долговременной профилактики рецидива заболевания. Вопросы применения метода Понсети в условиях современных вооруженных конфликтов, которые характеризуются социально-экономической напряженностью и повышенной нагрузкой на региональную систему здравоохранения, ранее не рассматривались.

Цель исследования: анализ собственного опыта использования метода Понсети при лечении детей с врожденной косолапостью во время локального пролонгированного вооруженного конфликта.

Материалы и методы. В период 2015-2022 годов под нашим наблюдением находилось 52 ребенка (76 стоп) с врожденной косолапостью. Возраст детей к началу лечения по методу Понсети составлял от 2 недель до 4 лет. Все дети старше 3 месяцев – 7 человек (13,5%) имели неоптимальный результат лечения, проводившегося ранее в других учреждениях здравоохранения. В остальных случаях – 45 человек (86,5%), первичное устранение деформации стоп осуществлялось с использованием метода Понсети.

Основными этапами лечения по методу Понсети в нашей клинической практике являлись: последовательное исправление отдельных компонентов деформации стопы путем гипсования нижней конечности по принципам, разработанным автором; выполнение (в 90,2% случаев) полной тенотомии ахиллова сухожилия для устранения фиксированного эквинуса стопы; удержание стопы в положении коррекции и профилактика рецидива деформации с помощью индивидуальных ортезов и/или брейсов (ботинки на планке-распорке с поворотным механизмом, позволяющем устанавливать стопу в положение отведения и дорсифлексии). Актуальный протокол лечения предусматривал использование абдукционных брейсов до 5-летнего возраста. При сохраняющейся динамической супинации стопы после достижения ребенком возраста 3 лет нами в 3 случаях была выполнена транспозиция передней большеберцовой мышцы на 3-ю клиновидную кость.

Результаты и обсуждение: Несмотря на то, что метод Понсети изначально был ориентирован на амбулаторное применение, все основные манипуляции, в частности, этапное гипсование и подкожная ахиллотомия, выполнялись нами в условиях стационара отделения травматологии и ортопедии для детей Республиканского травматологического центра. Такой подход создавал комфортные условия для оказания специализированной медицинской помощи детям, а также позволял осуществлять мониторинг рисков для жизни и здоровья пациентов, возникающих при их перемещении к месту назначения, особенно в периоды интенсивных обстрелов объектов гражданской инфраструктуры. Отмечена высокая информированность родителей пациентов о существующих возможностях современного лечения врожденной косолапости. Стандартный подход к ортезированию с использованием брейсов и соблюдению протокола их ношения не имел существенных различий в сравнении с периодом мирного времени (метод Понсети применяется нами с 2008 г).

Выводы. Результаты данного исследования позволяют говорить об эффективности и целесообразности использования метода Понсети при лечении детей с врожденной косолапостью в условиях пролонгированного вооруженного конфликта.

Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Чермных С.В., Курдынко Л.В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ,
г. Санкт-Петербург
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА БЕРЕМЕННЫМ, ПЕРЕЛИВАНИЙ ДОНОРСКИХ ЭРИТРОЦИТОВ ВНУТРИУТРОБНОМУ ПЛОДУ И СОЧЕТАНИЯ ЭТИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТЕ

Актуальность. Тяжелая гемолитическая болезнь плода (ГБП) развивается в результате иммунного и токсического гемолиза эритроцитов плода, для профилактики которого беременным успешно используют плазмаферез (ПА). Методика внутриматочных переливаний донорских эритроцитов (ПДЭ) плоду небезопасна, сопровождается потерями каждого пятого плода, а при отечной форме ГБП погибает 30% детей.

Цель исследования – провести сравнительный анализ исходов гестации при разных вариантах ведения беременных с резус-конфликтом.

Материал и методы. Наблюдали 392 повторнобеременных женщин с резус-конфликтом: в 1-ю группу были включены 345 женщин, которые получали в среднем $7,3 \pm 2,6$ сеанса среднеобъемного ПА с плазмозамещением кристаллоидами; во 2-й группе у 33 женщин плодам проводили в среднем по $2,6 \pm 0,4$ операции ПДЭ; в 3-й группе 14 беременных получали по $5,2 \pm 1,4$ сеансов ПА с последующим выполнением ПДЭ плодам ($2,3 \pm 0,3$ операции на человека), 5 из 14 пациенткам с перинатальными потерями в прошлом сеанс ПА проводили после каждой операции ПДЭ плоду. По возрасту, данным анамнеза группы были сопоставимы, специфическую профилактику резус-иммунизации ранее получали лишь 7% женщин.

Результаты. Средние титры резус-антител к родам в 1-й, 2-й и 3-й группах составили $641,9 \pm 10,7$; $3430,2 \pm 299,4$; $1521,8 \pm 339,4$ усл.ед., а средние сроки родоразрешения – $36,5 \pm 0,1$; $33,0 \pm 0,3$; $34,9 \pm 0,4$ нед. соответственно. Т.о., у женщин, получавших ПА, степень иммунизации была меньше, а средние сроки беременности были больше, чем во 2-й группе ($p < 0,05$). Другие показатели в исследуемых группах составили: осложнения лечебных процедур – $2,9 \pm 0,9\%$, $36,4 \pm 8,4\%$, $14,2 \pm 9,3\%$; операция кесарево сечение – $25,2 \pm 2,4\%$, $84,9 \pm 6,2\%$, $78,6 \pm 10,9\%$; оценка по шкале Апгар < 7 баллов у родившихся живыми детей – $14,2 \pm 1,9\%$, $89,3 \pm 5,9\%$, $35,7 \pm 12,8\%$; потребность в заменном переливании крови детям – $28,0 \pm 2,4\%$, $89,3 \pm 5,9\%$, $35,7 \pm 12,8\%$; перинатальная смертность – $14,5/1000$, $176,5/1000$ и $0/1000$ случаев соответственно. При этом разница показателей в 1-й и 2-й группах была достоверной ($p = 0,05-0,001$). ПА способствует увеличению интервала между ПДЭ, который в 3-й группе составлял в среднем $21,4 \pm 3,8$, во 2-й группе – $8,8 \pm 0,2$ дней ($p < 0,01$).

Выводы. ПА является этиопатогенетической составляющей в комплексе мероприятий по профилактике развития тяжелых форм и методов лечения ГБП у беременных с резус-конфликтом, а ПДЭ плоду – эффективной, но временной, паллиативной мерой, что и характерно для полиорганной недостаточности.

Ветров В.В., Иванов Д.О., Курдынко Л.В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ,
г. Санкт-Петербург

ПЕРСПЕКТИВЫ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ И ИНВАЛИДИЗАЦИИ ДЕТЕЙ

Актуальность. В результате перехода в 2012 году на правила ВОЗ по регистрации преждевременных родов (ПР) и новорожденных с 22 недель беременности в России возросло число недоношенных, незрелых детей и инвалидов с детства. Число последних, по данным Росстата, в 2010 г. было 490 тыс., а в 2016, 2017 и 2018 гг. составляло 617 тыс., 635 тыс. и 651 тыс. соответственно.

На этом фоне с 2017 года в стране из акушерской практики изъяты методы эфферентной терапии (ЭТ), которые из-за многих доказанных лечебных свойств (детоксикация, рео-, иммунокоррекция, противовоспалительный эффект и пр.) для пролонгирования беременности предписывались к обязательному применению по квотам при хронической плацентарной недостаточности (ХПлН), преэклампсии (ПЭ) и прочей патологии.

Цель исследования. Провести анализ результатов использования методов ЭТ при неотложной патологии у беременных в сроки 22-28 недель.

Материал и методы. В 2017-2022 гг в ПЦ СПбГМПУ за счет средств университета было проведено лечение в сроки 22-28 недель беременности у 104 женщин, 3940 переведенных из других учреждений для прерывания беременности. Больные были в среднем в возрасте 33,6 лет, преимущественно повторнобеременные с крайне отягощенным анамнезом и сочетанной акушерской патологией (ХПлН, ПЭ, осложненное многоплодие и др.). У всех беременных были проявления анемии, воспалительного ответа организма (повышение лейкоцитов, СОЭ, показателя лейкоцитарного индекса интоксикации, С-реактивного белка), гиперкоагуляции, у каждой третьей была урогенитальная инфекция при маловодии, нарушениях маточно-плацентарного кровотока и задержке роста плода. В курсы лечения избирательно включали методы ЭТ, проводимые с помощью отечественного оборудования в виде курсов среднеобъемного мембранного плазмафереза, гемосорбции, фотомодификации крови ультрафиолетовыми, лазерными лучами. Абсолютными противопоказаниями для ЭТ у женщин служили необратимые изменения со стороны жизненно важных органов, кровотечения и не совместимые с жизнью врожденные пороки развития плода.

Результаты. Осложнений при ЭТ не было, у больных отмечали положительный эффект, у всех беременности пролонгировали на сроки 2-15 недель. В целом частота ПР составила 74,5%, кесарева сечения- 92,1%. Родившиеся дети (мертворождение – 1) чаще не требовали интенсивной терапии. В течение первых месяцев жизни погибли 6 из 126 новорожденных (4,8%; было 20 двоен, 1 тройня) от матерей с крайне запущенными формами ХПлН с синдромом ЗРП. Среди выживших и подрастающих детей инвалидов не было.

Выводы. Досрочное прерывание беременности (в т.ч. и ятрогенное) можно связать с формированием в системе мать-плацента-плод синдрома эндотоксикоза, или в нашем современном определении – синдрома системных воздействий агрессивных метаболитов (СВАМ) специфического (анти-тела) и неспецифического характера. Этиопатогенетической мерой при этом является безопасная, доступная и дешевая ЭТ, позволяющая пролонгировать беременности с созреванием плодов под сердцем у женщин и минимизацией потерь.

Ветров С.Ф., Ващенко А.В., Клишкан Д.Г., Котов В.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ АКТИВИЗАЦИИ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Рядом нормативных правовых и локальных нормативных актов по организации и методическому обеспечению учебного процесса, дистанционное обучение (ДО) в вузах определено как технология обучения.

В условиях повышенной опасности для жизни в случае обстрелов со стороны националистических войск, занятия проводятся исключительно в университетской он-лайн-среде.

Целью ДО согласно «Положения о средствах электронного обучения в ДОННМУ ИМ. ГОРЬКОГО» от 01.09.2017 г. является предоставление образовательных услуг для усвоения теоретических основ и приобретение умений, которые возможно освоить дистанционно, путем применения в обучении современных информационно-коммуникационных технологий.

В период с февраля 2022 года, в связи с началом Специальной военной операции, ДО посредством Интернета приобрело особую актуальность.

В условиях повышенной опасности передвижения по территории города в случае обстрелов со стороны националистических войск, все очные занятия, включая лекционные, практические и лабораторные проводятся исключительно в университетской он-лайн-среде.

В сложившихся условиях преимуществами ДО являются: создание и обеспечение условий физической безопасности для обучаемого, а в за частую сохранение его жизни, расширение мест, времени и условий обучения, которые могут быть выбраны каждым обучаемым индивидуально.

Инструментом для реализации ДО является существующий в ДОННМУ ИМ. ГОРЬКОГО электронный ресурс «Информационно-образовательная среда» (ИОС).

Ресурсы ИОС представлены теоретическими материалами для изучения в виде файлов, либо в виде ссылок на внешние сайты, методическими рекомендациями и пособиями, разработанными сотрудниками кафедры, интерактивными лекциями и лекциями-презентациями соответствующими тематическому плану и теме занятия.

Особое внимание обращается на перечень основных теоретических и практических вопросов, а также рекомендуемую литературу по теме занятия.

В условиях активизации военных действий, преимуществом ДО является, прежде всего, создание и обеспечение условий физической

*Ветров С.Ф., Ващенко А.В., Клишкан Д.Г., Пономарёва И.Б., Котов В.С.,
Дмитриенко В.В., Боева И.А.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ УСВОЕНИЯ ЗНАНИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Основной целью высшего медицинского образования в ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького» является качественная реализация образовательных программ.

Образовательный процесс основывается на объединении модульных технологий обучения и зачетных образовательных баллов.

Оценка знаний является фундаментальной частью процесса обучения, определяющего качество подготовки врачей-интернов.

Оценивание используется для обобщения всех слагаемых этапов оценки степени усвоения знаний врачами-интернами.

Оценку знаний можно трактовать двояко: во-первых, это числовая характеристика усвоения материала, во-вторых, это параметр, свидетельствующий о качестве процесса обучения.

Основным методом оценки при модульной системе организации учебного процесса является тестирование.

На кафедре гигиены ФИПО в учебном процессе используется 2 типа тестовых задач: стандартизованные тесты и тесты, разработанные преподавателями по определенным дисциплинам.

Для текущего и итогового контроля знаний врачей-интернов разработаны и разрабатываются тестовые задания, с учетом таких основных характеристик, как валидность и надежность.

Валидность является важной характеристикой, которая показывает степень соответствия вопросов тестового задания, вопросам рабочей образовательной программы дисциплины.

При разработке тестовых заданий особое внимание уделяется соблюдению основных показателей валидности: очевидность, конструктивность, критериальность, содержательность.

Качественно составленное тестовое задание должно быть не только валидным, но и надежным.

Надежность тестов характеризуется постоянством полученных результатов тестирования. Например, если по результатам первого тестирования оценка врача-интерна составила – 70 баллов, а при повторном тестировании (без предварительной подготовки) – 80 баллов, то такое тестирование задания ненадежное.

Ответы на тестовые задания при проведении итоговых занятий по каждому тематическому циклу, обрабатываются и оцениваются без участия преподавателя, вследствие чего автоматизированный процесс тестирования делает его «прозрачным» для всех участников образовательного процесса.

Ветров С.Ф., Ващенко А.В., Клишкан Д.Г., Пономарёва И.Б., Котов В.С., Дмитриенко В.В., Боева И.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО РЕСУРСА «ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА» В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИРУСА COVID 19

В современном мире произошли глобальные изменения в сфере образования и прежде это всего распространение информационных и коммуникационных технологий.

Одной из действующих форм информационных и коммуникационных инноваций в сфере высшего медицинского образования в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО является дистанционное обучение (ДО) и обучение в режиме онлайн, доступное для всех участников педагогического процесса.

Целью ДО согласно «Положения о средствах электронного обучения в ДОННМУ ИМ. ГОРЬКОГО» от 01.09.2017 г. является предоставление образовательных услуг для усвоения теоретических основ и приобретение умений, которые возможно освоить дистанционно путем применения в обучении современных информационно-коммуникационных технологий.

Под ДО понимается индивидуализированный процесс приобретения знаний, умений, навыков и способов познавательной деятельности, в нашем случае при подготовке врачей-интернов и слушателей факультета интернатуры и последипломного образования.

В 2022/2023 учебном году ДО приобрело особую актуальность в связи с глобальным распространением вируса Covid 19 и сохранением военного положения на территории Донецкой Народной Республики. При этом сохраняется гибридный формат обучения, сочетающий дистанционное и очное образование.

Инструментом для реализации ДО является существующий в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. ГОРЬКОГО электронный ресурс «Информационно-образовательная среда» (ИОС).

Необходимо отметить, что при разработке дистанционных курсов, наполнении ИОС и обеспечении ее функционирования необходима подготовка профессорско-преподавательского состава не только по теоретическим и практическим вопросам преподаваемых дисциплин, но и по методическим, техническим и специальным.

Задачами ДО в условиях режима повышенной готовности для нас являлись: расширение возможностей предоставления необходимого объёма практических и теоретических знаний, самостоятельной проверки и закрепления полученных знаний, а также усиление заинтересованности обучающихся в образовательном процессе и обеспечение сохранения здоровья обучаемых в условиях глобального распространения вируса Covid 19.

Виноградова А.И., Агафонова Е.И., Омельченко Е.М., Зуйкова О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОБЛЕМА ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Высокий уровень подготовки специалистов высшей школы остаётся первостепенной задачей Донецкой Народной Республики. Программа Министерства образования и науки ДНР предусматривает дальнейшее развитие высшего специального образования в молодой республике. Для успешного изучения иностранного языка в наше время у студентов имеются широкие возможности. Прежде всего, это всемирная компьютерная сеть электронной связи, позволяющая пользователям персональных компьютеров принимать необходимую полезную информацию. Она является эффективным средством изучения иностранных языков и открывает доступ к важнейшим материалам мировой научной литературы. Конечной целью изучения иностранного языка является закрепление навыков ведения беседы на иностранном языке в пределах тематики, связанной с жизнью и учёбой студента в универ-

ситете и его будущей специальностью, а так же овладение навыками чтения и перевода литературы по специальности для получения информации.

Проблема организации высшего образования в новых непредвиденных и чрезвычайных условиях выходит на новый уровень. Обращается внимание на тот факт, что попытка решить одни организационные проблемы высшего образования порождает проблемы, связанные с дидактической и воспитательной практикой, решение которых в дистанционной среде университетов только предстоит обосновать и проверить экспериментально. Организация дистанционного обучения порождает целую группу проблем, связанных с профессионализацией обучения в высшей школе. Решение данного вопроса связывается с установлением межпредметных связей посредством обучения студентов иностранным языкам.

Таким образом, среди актуальных проблем педагогики высшей школы особо следует выделить: организацию дистанционного обучения, применение в обучении студентов средств виртуальной и дополненной реальности, профессионализацию обучения посредством междисциплинарных связей и организацию патриотического воспитания студентов. Анализ теории и практики показывает, что в нормальных условиях и форс-мажорных (пандемия коронавируса) результативность и качество высшего образования неоднозначное. Поэтому, чтобы положительным образом повлиять на данную проблему, предлагается:

1) в процессе профессионализации обучения студентов с помощью межпредметных связей использовать технические средства для обучения иностранному языку. Особое значение имеет формирование эмоционально-ценностного отношения в процессе обучения иностранным языкам, наличие которого формирует мотивацию к будущей профессии;

2) патриотическое воспитание студентов следует связывать с ежедневными делами не только в учебной сфере, но и в других, формирующих образовательную среду ВУЗа, в которых каждый студент должен себя проявить с наилучшей стороны (качества личности), а его должны соответственно заметить и оценить. Эта организованная деятельность должна носить непрерывный и систематический характер, и иметь особый личностный смысл для студента.

Литература

1. Пумпянский А.Л. Чтение и перевод английской научной и технической литературы. – МН.: ООО «Попурри». 1997. – 608с.

2. Перехожева Е.В. Формирование профессиональной компетентности студентов технических вузов на основе междисциплинарной интеграции / Е.В. Перехожева / Дис. ... кандидата педагогических наук: 13.00.08. – Чита, 2012. – 208 с.

Виноградова Э.Р., Вологина М.В., Вострикова П.Ю.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ОЦЕНКА ПОЛОЖЕНИЯ СУСТАВНОГО ДИСКА ПРИ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Введение:

Патология ВНЧС занимает особое место среди заболеваний челюстно-лицевой области.[1,2] Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава- это полиэтиологическая патология.

Часто ведущую роль в дисфункции ВНЧС занимает суставной диск – его структура, форма, репозиция. С клинической точки зрения смещенный диск является частой причиной дисфункции ВНЧС. [3]

Цель исследования: Оценить положение суставного диска на МРТ-исследовании при дисфункции ВНЧС.

Материалы и методы исследования:

Нами было обследовано 30 пациентов, обратившихся в СКДЦ ВолГМУ, которые предъявляли жалобы на болевые ощущения в области лица и ВНЧС; головные боли; скрежетание зубами; сти-

раемость зубов; напряжение жевательных мышц; щелканье, хруст в области суставов. Возрастная категория пациентов от 18 до 45 лет.

Для подтверждения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и визуализации положения суставного диска были применены:

1. Клиническое обследование;
2. Мрт ВНЧС.

Результаты исследования и обсуждение:

При изучении данных МРТ-исследования височно-нижнечелюстного сустава у 26 обследованных (87%) выявлены следующие признаки: гипермобильность ВНЧС, смещение суставного диска с частичной репозицией и без редукции, асимметрия движений ВНЧС, дисплазия суставного отростка нижней челюсти, гипоплазия мышечкового отростка и ветви челюсти, явления артрита, явления синовита, деформирующий артроз ВНЧС.

Все перечисленные признаки подтверждают наличие дисфункции ВНЧС у обследованных пациентов.

При нормальном положении диск сопровождает движение мышечка при открывании и закрывании рта, занимая свое естественное положение- между суставной головкой и височной ямкой. Среди обследованных пациентов смещение суставного диска встречается у 22 обследованных пациентов (85%). Медиальное смещение встречается у 17 пациентов (77%), боковое- 4 пациентов (18%), дистальное смещение у 1 пациента (5%).

Заключение:

В результате исследования проведен анализ мрт-исследований у пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Подтверждено, что в большинстве случаев при дисфункции ВНЧС встречается смещение суставного диска, и преобладает медиальное смещение.

Литература:

1. Бутенко В.Ю., Виноградова Э.Р. Сравнительный анализ клинических проявлений дисфункции ВНЧС и краниомандибулярной дисфункции.-Стоматология – наука и практика, перспективы развития, 2021, -С. 2.

2. Вологина М.В., Виноградова Э.Р., Оценка положения зачатков зубов «мудрости» как профилактика скученности зубов // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2021. – №2. – С. 2.

3. Вологина М.В., Дорожкина Е.Г., Михальченко Д.В. Выявление признаков краниомандибулярной дисфункции при планировании ортопедического лечения по данным самооценки. – Вестник ВолгГМУ, 2019, № 69. – С. 30-32.

Вишневская С.И., Вишневская Н.П.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Система здравоохранения является одной из составляющих социальной политики государства. Она определяет объем и качество предоставляемых медицинских услуг населению, способствует развитию как теоретической, так и практической медицины. В последние годы, особенно в период пандемии COVID-19, в профессиональном сообществе достаточно активно велась дискуссия о перспективе возвращения к советской модели национальной системы здравоохранения – модели Семашко, или централизованной модели. Она предполагает финансирование здравоохранения из государственного бюджета с функцией контроля у государства через централизованную систему планирования и всеобщий свободный доступ к услугам здравоохранения. В 2020 году учеными и специалистами ведущих университетов Российской Федерации было проведено глобальное комплексное исследование «Общество и пандемия. Опыт и уроки борьбы с COVID-19 в России». Оно показало, что государство не готово к полному возвращению к данной модели, и что децентрализованная система управления и развитие страховой медицины играет позитивную роль в преодолении кризиса. В Донецкой Народ-

ной Республике неизбежен переход к российской системе, которая предполагает сочетание страховой медицины и бюджетного финансирования здравоохранения. Соответственно, сфера оказания медицинских услуг продолжит функционировать в страховом режиме. Теперь на передний план выходит поиск возможностей для предоставления медицинских услуг и медицинского страхования населению с различными уровнями дохода. Сегодня основной акцент страховых гарантий от государства делается в пользу лиц, работающих на крупных предприятиях, и лечения профзаболеваний. Возникает проблема обеспечения иных групп населения (особенно с низким уровнем доходов) своевременной и качественной медицинской помощью должного объема. В течение переходного периода следует обеспечить всеобщий доступ к медицинским услугам независимо от действующей модели. Это можно сделать во-первых, посредством формирования резервных фондов, которые будут покрывать часть медицинской страховки малоимущих, а оставшуюся сумму предлагается оплачивать из пособий и пенсий, предусмотренных для отдельно взятых лиц. Во-вторых, способствовать развитию программы диагностики и диспансеризации из бюджетных средств. В-третьих, стимулировать создание, выход на рынок и функционирование компаний, специализирующихся на медицинском страховании, подкрепив их гарантиями от государства и юридической основой. Для этого необходимо дифференцировать медицинские услуги и определить минимальный их перечень; определить льготы, способы финансирования, чтобы каждая категория лиц оставалась в зоне действия современной системы здравоохранения; обеспечить эффективный контроль за предоставлением медицинских услуг. Также следует учитывать базис системы здравоохранения республики, особенности ДНР как региона (климатические условия, экология, промышленное наполнение региона) и, как следствие, специфику патологий. Сочетание государственных гарантий и развитие страховой медицины позволит обеспечить позитивную динамику в области защиты здоровья населения региона.

Власенко Е.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ РАНЕНИЙ ПОЛУЧЕННЫХ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Бактериологические исследования содержимого ран полученных в результате боевых действий, является необходимым и традиционным, поскольку инфекционные раневые осложнения таких повреждений во многом определяют продолжительность и исход лечения.

Цель: Провести анализ бактериальной загрязненности ранений на этапах госпитализации и стационарного лечения в условиях вооруженных конфликтов.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели был выполнен поиск литературных источников в электронных научных базах PubMed, Embase, eLibrary, на основании этого произведена обработка информации и её анализ.

Результаты и обсуждения:

Был проведен анализ данных бактериологического обследования раненых с огнестрельными ранениями. Микробное загрязнение ран было выявлено у 78-82% раненых до проведения ПХО. Микробное загрязнение отсутствовало у 15-17% пациентов с ранениями верхней конечности. Качественный анализ микрофлоры ран показывает преобладание грамположительных кокков (*Staphylococcus aureus*, *S. saprophyticus*, *S. epidermidis*, *S. viridans*) – они были выявлены у 47-54% раненых. У других раненых было установлено наличие полимикробных ассоциаций, что составляет от 7% до 10%. Также имеет место наличие грамположительных кокков и грамположительных аэробных спорообразующих палочек. Ассоциации грамположительных кокков, грамположительных аэробных спорообразующих палочек и грамотрицательных палочек семейства *Enterobacteriaceae*. Количественный анализ выявил клинически значимые показатели содержания микробных тел в тканях (свыше 105 КОЕ/мл) у 42-48%. Эти данные соответствуют результатам различных исследователей, отмечающих преобладание в первичных огнестрельных ранах сапрофитной малопатогенной флоры. Наличие аэробных

спорообразующих и грамотрицательных бактерий связывается с попаданием в рану инородных тел, загрязненных почвой

На основании изученных данных анализ бактериальной микрофлоры показывает, что в течение первых недель после ранения уменьшается удельный вес грамположительной кокковой флоры. При этом на первый план выходит контаминация преимущественно неферментирующих грамотрицательных бактерий 17-21% (*Acinetobacter baumani*, *Pseudomonas* и др), которые ассоциируются с нозокомиальной инфекцией возрастает число полимикробных ассоциаций. Изменение бактериальной картины необходимо учитывать для определения тактики антибактериальной терапии и проведения мероприятий инфекционного контроля в лечебных учреждениях.

Выводы: Ранения, полученные в ходе боевых действий, характеризуются значительным уровнем микробного загрязнения преимущественно грамположительной кокковой флорой с низкой патогенностью. Качественный состав микрофлоры боевых ранений претерпевает динамические изменения в течение раневого процесса – на протяжении первых двух недель происходит изменение состава микрофлоры ран в сторону значительного преобладания грамотрицательных бактерий с увеличением числа полимикробных ассоциаций, а в последующем наблюдается значительное преобладание грамположительной микрофлоры. Данные о динамике изменений микробного пейзажа ран на протяжении их лечения должны учитываться при определении тактики антибактериальной терапии, а также при определении мероприятий инфекционного контроля в лечебных учреждениях.

Власенко С.В., Голубова Т.Ф., Османов Э.А., Марусич И.И.

ГБУЗ РК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗЫ «ТРОЙНОГО СГИБАНИЯ» У БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

Синдром двигательных нарушений, определяемый термином ДЦП, обусловлен поражением различных структур и уровней центральной нервной системы и их сочетанием. В результате разнонаправленной патологической работы определенных групп мышц образуются синергии, формирующие характерные позы. Согласно классическим представлениям, активность тонических рефлексов является определяющим в их формировании. Так, активность шейного тонического рефлекса способствует образованию разгибательной позы, лабиринтного – сгибательной.

В группу для исследования было отобрано 26 детей больных ДЦП со спастической диплегией, двигательный стереотип которых формировала поза «тройного сгибания». Средний возраст пациентов составил 11 лет. Всем больным проводилось клинко-неврологическое обследование, суммарная электромиография, исследование скорости распространения возбуждения по большеберцовому нерву, рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника.

В неврологическом статусе отмечалось снижение мышечной силы как в проксимальных отделах нижних конечностей до 3-4 баллов, так и в дистальных. Сухожильные рефлексы с ног были равномерно повышены в сравнении с верхними конечностями, но быстро истощались, в 5 случаях (20,8%) отмечался клонус стоп, у одного ребенка – надколенника. Брюшные и кремастерные рефлексы были снижены. При исследовании чувствительной сферы выявлена гипестезия по типу «носков» у 8 больных (33,3%), глубокие виды чувствительности были также нарушены. Расстройство функции тазовых органов в виде императивных позывов на мочеиспускание наблюдалось у 11 человек (45,8%).

По данным рентгенологического исследований выявлялись следующие изменения: *spina bifida posterior* L5-S1 у 18 больных (75%), спондилолистез – в 5 случаях (20,8%), ретроспондилолистез – у 1 больного, патологическая ротация тел позвонков – у 21 ребенка (87,5%), различной степени сколиозы – у 17 больных (70,8%), межпозвоночные грыжи в 4 случаях (16,6%). Характерным было сочетание нескольких патологических признаков.

Проведенное электромиографическое обследование показало, что у всех больных была нарушена центральная регуляция нейромоторного аппарата, у 21 ребенка (87,5%) отмечался 1-2 типы электромиограммы, что достоверно характеризовало заинтересованность в патологическом процессе сег-

ментарного аппарата спинного мозга. Биоэлектрическая активность была снижена преимущественно в дистальных отделах конечностей. По данным изучения скорости распространения возбуждения выявлялись следующие изменения: незначительное снижение скорости распространения возбуждения по большеберцовым нервам у 16 больных (66,6%), умеренное снижение скорости распространения возбуждения по большеберцовым нервам в 8 случаях (33,3%).

Таким образом, полученные нами данные могут свидетельствовать, что формирование патологической позы «тройного сгибания» обусловлено грубыми нарушениями иннервации мышц как на уровне сегментарного аппарата спинного мозга, что, скорее всего, обусловлено врожденными аномалиями развития, так и дисфункцией надсегментарных структур центральной нервной системы. Выявленные нарушения на уровне периферической нервной системы, по-видимому, вторичны. Они обусловлены нарушениями трофических функций спинного мозга, микроциркуляторными изменениями. Отмеченные изменения требуют корректировки, как в диагностическом подходе, так и в лечебном.

Власова В.Н., Волошин Р.Н.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

За реформированием системы высшего образования в России мы наблюдаем уже несколько лет. Факторами, которые становятся ключевыми в процессе модернизации института образования и формировании самого образа системы высшего образования будущего, являются: развитие информационного общества, глобализация, трансформация сферы труда и занятости населения. Перечисленные факторы вызывают потребность в повышении профессиональной квалификации и переподготовке преподавателей вузов. Формирование новых компетенций обучающихся, безусловно, не может происходить в рамках устаревших технологий и методик обучения, поэтому высшая школа становится очень гибкой к внешним преобразованиям, пытается подстроиться под изменяющуюся реальность. Трансформация образовательного процесса требует перемен и от сотрудников университетов, особенно от преподавателей высшей школы, которые обеспечивают трансляцию знаний, умений и навыков в новых условиях.

Модернизация образования волнует умы многих современных исследователей, которые связаны с научно-исследовательскими проектами, посвященными высшему образованию. Вопросы реформирования образовательной структуры рассматриваются с разных ракурсов и затрагивают разные аспекты образования. Особое внимание исследователи уделяют Болонской системе образования. Также большой интерес вызывает цифровизация образования: положительные стороны данного процесса и риски.

Особую актуальность имеет цифровая трансформация образовательного процесса – внедрение информационно-коммуникационных технологий в образовательный процесс, что в целом влияет на изменение формата организации учебного процесса в вузе, а от преподавателей требует освоения новых компетенций. К цифровым компетенциям преподавателя высшей школы можно отнести: информационную грамотность, знания, умения и навыки по взаимодействию в электронной среде, умение формировать и правильно транслировать цифровой контент, способность быстро выявлять и устранять технические проблемы при работе с цифровыми устройствами. Одной из важных компетенций, которыми необходимо владеть современному преподавателю вуза, является цифровая грамотность. В целом, индекс цифровой грамотности преподавателей вузов достаточно высок, но в отличие от молодежи преподаватели в меньшей степени доверяют технологически новациям, что на сегодняшний день снижает их готовность активно работать с цифровой образовательной средой. На наш взгляд, современным преподавателям необходимо трансформировать взгляд на цифровизацию при помощи качественного обучения по работе с цифровой образовательной средой. В настоящее время цифровая грамотность преподавателей активно повышается за счет реализации многими российскими вузами программ дополнительного профессионального образования. Например, на базе РостГМУ (г. Ростов-

на-Дону) реализуются программы повышения квалификации, разработанные кафедрой педагогики: «Современные педагогические технологии в условиях цифровизации образования» и «Проектирование знаний для взаимодействия и совместной деятельности преподавателя и обучающегося в информационной образовательной среде». Данные программы направлены на совершенствование знаний по применению современных педагогических технологий в образовательном процессе в условиях цифровизации образования.

Одна из особенностей профессиональной деятельности современного преподавателя высшей школы заключена в том, что эта деятельность является разноплановой и многоаспектной, состоящей из нескольких видов деятельности. Так, реализуя многообразные образовательные цели, преподаватель высшей школы осуществляет различные виды деятельности, в частности, такие как: диагностическая, ориентационно-прогностическая, информационно-объяснительная, воспитательная, педагогическая (учебная и методическая), научно-исследовательская, организационно-управленческая, тьюторская, аналитико-оценочная. В этой связи весьма велика значимость мониторинга деятельности преподавателя высшей школы и разработка на основе его результатов инновационных технологий профессиональной подготовки преподавателя и формирования у него профессионально-значимых качеств личности.

Таким образом, отметим, что инновационные условия современного общественного развития и модернизация системы высшего образования требуют новых приоритетов в профессиональной деятельности профессорско-преподавательского состава высшей школы. На наш взгляд, чтобы преподаватель вуза был успешным в рамках профессиональной деятельности, ему необходимо владеть личностными компетенциями, к которым относятся: самокритичность, объективность, ответственность, направленность на здоровьесбережение, гибкость, способность к импровизации; профессионально-педагогическими компетенциями, связанными с хорошим знанием преподаваемых дисциплин, и владение современными педагогическими технологиями; коммуникативные компетенции; исследовательские компетенции и цифровая грамотность. Такая модель компетенций преподавателей вуза позволит поддерживать высокий уровень качества образовательного процесса в вузе и будет активно вовлекать студенческое сообщество в образовательный процесс и исследовательские проекты.

Волкова М.П., Вежель О.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», г. Гродно, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Муковисцидоз – наиболее частая наследственная полиорганная патология, характеризующаяся выраженной генетической гетерогенностью и клиническим полиморфизмом. Это аутосомно-рецессивное моногенное заболевание, обусловлено мутацией гена трансмембранного регулятора МВ (МВТР). Характеризуется нарушением секреции экзокринных желез жизненно важных органов, с поражением прежде всего дыхательного и желудочно-кишечного трактов, тяжёлым течением и неблагоприятным прогнозом. Частота гена достаточно высока – 1:1500 населения. Вероятность рождения больного ребенка по европейским данным составляет 1:2000-1:2500 живорожденных.

Цель – изучить особенности клинической картины муковисцидоза у детей, проживающих в Гродненской области.

Объект и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 13 детей в возрасте от 3 до 17 лет. Девочек – 5, мальчиков – 8. В настоящее время возраст детей: 3-6 лет – 5 детей, 7-11 лет – 5 детей, 12-14 лет – 1 ребенок, 15-17 лет – 2 детей. Диагноз муковисцидоз поставлен пренатально с помощью амниоцентеза и ДНК-диагностики у 1 ребенка, в возрасте до 1 года – у 7 детей, в 1-3 года – у 4 детей, поздняя постановка диагноза – в 14 лет – у 1 ребенка. Всем детям исследовали копрограмму, проводили потовый тест и ДНК-диагностику.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты имеют смешанную форму муковисцидоза. Первыми проявлениями заболевания у 4 детей был меконияльный илеус (30,8% пациентов), у 8 детей – неустойчивый стул, плохая прибавка в массе тела, частые бронхиты и пневмонии, у 1 ребенка – постоянный кашель на протяжении нескольких лет. Клинические проявления: бронхоэктазы выявлены у 10 детей, хронический панкреатит – у 7, хронический гепатит – у 6, фиброз печени – у 4 детей, цирроз печени – у 1 ребенка, варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка – у 1 ребенка, выпадение прямой кишки – у 2 детей, риносинусит – у 3 пациентов, желчекаменная болезнь – у 1 ребенка, гастроэзофагеальный рефлюкс – у 4 детей, дефицит массы тела имеют 6 детей. При генетическом обследовании у 6 детей были выявлены мутации $\Delta F508$ в гене CFTR, у 1 ребенка – $\Delta F508/\Delta F509$, у 6 детей – $\Delta F508$ в гене CFTR и CFTR del 2, 3, т. е. у большинства детей выявлены мутации гена MBTP II класса, дающие тяжелые фенотипические проявления. По результатам бактериальных посевов выявлены Staph. aureus – 9 пациентов, Pseudomonas aeruginosa – 6 пациентов, Burkholderia cepacia – 1 ребенок, Candida albicans и famata 12 детей. Все дети госпитализируются в ДОКБ г.Гродно 2 раза в год планово для обследования и коррекции лечения, а также при обострении хронического воспалительного бронхолегочного процесса, получают лечение в соответствии с Клиническим протоколом диагностики, лечения и реабилитации пациентов с кистозным фиброзом (муковисцидозом). Выводы:

1. У детей Гродненской области муковисцидоз выявлен с частотой 1:15385 детей, что является недостаточным (по РБ 1:8000), у 38,5% детей муковисцидоз выявлен в антенатальном или раннем неонатальном периоде, у 53,8% в возрасте до 3 лет.
2. Все еще встречаются случаи позднего выявления муковисцидоза, что говорит о недостаточной настороженности педиатров в отношении этого диагноза.
3. У всех детей выявлены мутации, относящиеся к I и II классу. $\Delta F508$ (100%), CFTR del 2, 3 (46.1%), при которых развиваются тяжелые фенотипические проявления муковисцидоза.

Волова Т.Л., Шельгин К.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Архангельск

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ И ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕТЕЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение. Проблема психического здоровья детей является одной из самых актуальных на сегодняшний день. Дети являются демографическим, интеллектуальным, культурным резервом общества. В связи с этим, изучение заболеваемости детского населения является одной из важнейших задач, направленных на улучшение и приумножение детского здоровья. Особенностью психических расстройств в детском возрасте является их частая хронизация, что приводит к возрастанию нагрузки на здравоохранение, увеличению экономических и трудовых потерь, ассоциированных с психической патологией. В связи с этим, актуальным представляется изучение динамических тенденций детской заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения.

Цель исследования: оценить динамические тенденции первичной, общей заболеваемости, их уровни, динамику показателя хронизации психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей в возрасте 0-14 лет в Архангельской области.

Материалы и методы. В анализе использованы показатели первичной (зарегистрировано больных, дети 0 – 14 лет, с диагнозом, установленным впервые в жизни на 100 000 соответствующего возраста) и общей (зарегистрировано больных, дети 0 – 14 лет, на 100 000 соответствующего возраста) заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения. Период анализа 2009- 2019 гг. Выявление тенденции (тренда) динамических рядов осуществлялось путём робастного сглаживания 4253Н. Определение наличия выбросов в рядах устанавливалась получением остатков разности сглаженных и не сглаженных рядов. Структурная стабильность анализируемых рядов проверялась при помощи критерия Чоу. Взаимосвязь между показателями временных рядов выявлялась путём постро-

ения модели авторегрессии и проинтегрированного скользящего среднего с передаточной функцией (АРПСС, ARIMA). Показатель хронизации вычислялся как отношение первичной заболеваемости к общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения.

Результаты. Исследование показало схожесть динамики первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами детей, а также показателя хронизации в возрасте 0-14 лет в изучаемых регионах. Динамика этих показателей делится на два периода – до 2015-2016 года и после. В Архангельской области существует положительная взаимосвязь между первичной и общей заболеваемостью.

Выводы. Динамика первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами, показателя хронизации в изучаемых регионах имела схожий характер, резко изменившись в 2015-2016 годах. В Архангельской области существует прямая взаимосвязь между первичной и общей заболеваемостью психическими расстройствами детей в возрасте 0-14 лет. Во всех изучаемых регионах степень хронизации психических расстройств у детей в возрасте 0-14 лет высокая. Этот коэффициент важен именно для оценки заболеваемости детского населения, поскольку в детских возрастах минимизировано негативное влияние старения населения. Выявленный рост этого соотношения до 2015 года свидетельствует о наблюдавшемся в то время росте хронической патологии, сменившее же его снижение – о появлении неких факторов, способствующих либо выявлению, либо действительному росту первичной заболеваемости. Динамика показателей хронизации указывает на ее изменение в 2015-2016 годах, что может косвенно свидетельствовать о наличии вмешивающегося фактора, вызвавшего этот разворот. В качестве такого фактора могли быть изменения в системе здравоохранения и оказания медицинской помощи детям. Однако изучение предполагаемого факторогенеза выявленных динамических изменений требует отдельного исследования.

Волова Т.Л., Шельгин К.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Архангельск

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение. Проблема психического здоровья детей является одной из самых актуальных на сегодняшний день. Дети являются демографическим, интеллектуальным, культурным резервом общества. Значительный рост инвалидизации детей по причине психических расстройств в последнее десятилетие существенно ограничивает их жизнедеятельность и способствует развитию социальной дезадаптации, что приводит в будущем к трудностям в овладении навыками самообслуживания, общения, обучения и приобретения определенных профессиональных навыков, существенному ухудшению качества их жизни с тяжелыми социально-экономическими последствиями как для семьи, так и для общества.

Цель исследования: изучить структурно-динамические особенности детской инвалидности вследствие психических расстройств в Архангельской области.

Материалы и методы. Использовались стандартизованные по возрасту показатели первичной и общей инвалидности, рассчитанные на основе официальных статистических данных, представленных в форме №19 «Статистическое наблюдение Сведения о детях-инвалидах» за период 2010-2020 гг. по Архангельской области (АО) без учёта Ненецкого автономного округа и Российской Федерации (РФ), раздел «Психические расстройства и расстройства поведения» (F00-F99 по МКБ – 10). Данные о по возрастной численности населения взяты из «Российской базы данных по рождаемости и смертности». Применялись методы эконометрического и статистического анализа: индексный метод, метод Ирвина, критерий Чоу.

Результаты. В Архангельской области, также, как и в целом по стране за последнее десятилетие наблюдался рост показателей инвалидности. Базовый темп прироста в РФ составил 20,9%, а в АО – 14,5%. Уровень общей детской инвалидности в АО был ниже, чем в РФ, в среднем на 25,7 (±3,4)%. Наибольший вклад в десятилетнюю динамику общего уровня инвалидности по психическим рас-

стройству внесли возрастные группы 5-9 (6,0%) и 15-17 лет (3,7%). Увеличение детской инвалидности по психическим расстройствам составило за 2010-2019 гг. 13,9%, при этом данное увеличение было обусловлено т.н. «прочими психическими расстройствами» (все психические расстройства, помимо умственной отсталости) на 27,3%, в то время как динамический вклад инвалидности из-за умственной отсталости (F70 – F79) был отрицательным (-13,3%).

Выводы. Динамика общей инвалидности у детей вследствие психических расстройств в Архангельской области имеет общую со среднероссийской восходящую тенденцию при более низком её уровне. В целом, представленность психических расстройств и расстройств поведения была различна в основных возрастных группах. Наибольшее значение для динамических изменений общей инвалидности детей, обусловленной психическими расстройствами, имеют возрастные группы 5-9 и 15-17 лет. Ведущей нозологической группой, ответственной за десятилетний рост инвалидности вследствие психических расстройств, является группа «прочих психических расстройств».

Рост уровня инвалидности обусловленной психическими расстройствами, связывают со сложностью диагностики психических расстройств в ранних возрастах, поздней обращаемостью, распространённостью генетических, хронических заболеваний у родителей, перинатальной патологии, неблагоприятной экологической обстановкой, недостаточной эффективностью служб, призванных выполнять реабилитацию и абилитацию детей, с неблагоприятными медико-демографическими тенденциями, с изменениями в сторону расширения критериев инвалидности.

Вологина М.В., Вострикова П.Ю., Виноградова Э.Р.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕЛИЧИНЫ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ЗУБНОГО РЯДА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И КОРОТКОЙ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА

Введение. К числу распространенных аномалий челюстно-лицевой области относится анкилоглоссия и недоразвитие переднего отдела зубного ряда нижней челюсти.[2] По данным различных специалистов встречается аномалия недоразвития переднего отдела зубного ряда от 2-13% взрослого населения.[1]. По мнению исследователей, анкилоглоссия способствует анатомическим и функциональным нарушениям челюстно-лицевой области [2]. При этом отмечается патология окклюзионных взаимоотношений, обусловленных скученностью передних зубов на нижнем зубном ряду[1] Таким образом, с возрастом определяется аномалии развития фронтального отдела нижней челюсти, развитие дистального прикуса, неправильное расположение фронтальных зубов, а так же появление вертикальной резцовой дизокклюзии.[3]

Цель исследования. Определить взаимосвязь величины переднего отдела зубного ряда с короткой уздечки языка.

Материалы и методы.

Проведено обследование среди 40 человек в возрасте от 16-44 лет со скученностью зубов на нижней челюсти. Из общего числа обследованных пациентов было выделено 25 человека с аномалией короткой уздечки языка. Методика исследования проводилась с помощью осмотра- переднего отдела зубного ряда и оценивания двигательной функции языка с помощью 5 проб. Первая проба заключалась в проведении упражнения, при котором пациентов просили высунуть язык поднять к кончику носа. Второе упражнение заключалось в том, чтобы кончиком языка проводить по небу спереди назад. При третьей пробе пациентов просили кончиком языка посчитать верхние зубы, так чтобы кончик касался их язычной поверхности. Четвертое упражнение пациентам приходилось «цокать» языком. При пятой пробе необходимо было высунуть язык и совершать движение вправо- влево.

Так же проводилось измерение длины переднего отрезка зубной дуги на диагностических моделях с помощью метода Коркхауза.

Результаты и обсуждение.

В ходе исследования результаты показали, что у 20 пациентов(80%) с анкилоглоссией выявлены следующие признаки: короткий передний отел нижней челюсти, отмечается скученное положение зу-

бов в переднем отделе. Так же определили степени скученности: 1 степень (легкая)-9 человек(45%), 2 степень (средняя тяжесть)-7человек(35%) 3степень (тяжесть)-4человек(20%)

Заключение.

Данное исследование подтвердило, что в большинстве случаев короткая уздечка языка имеет взаимосвязь с недоразвитием переднего отдела зубного ряда

Литература.

1) Кроман Ю.Распространенность анкиоглоссии с учетом анатомо-физиологических особенностей челюстно-лицевой области у детей Волгограда. Вестник ВолгГМУ 2020

2) Вайнгардт А.Л.Проблемы анкиоглоссии в детском и взрослом возрасте Вестник КазНМУ 2012

3) В. П. КирейчукН. С. Карпова ,О. А. Ринас Этиология зубочелюстных аномалий и их хирургическая коррекция

Волошин Р.Н., Зеленков Н.П., Светицкий А.П.

ГБУ РО «Онкологический диспансер» в г. Новочеркасске

КРИОГЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРВИЧНЫМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Введение: Рак кожи в общей структуре злокачественных заболеваний в России занимает одно из ведущих мест. Плоскоклеточный рак кожи составляет значительную часть среди других злокачественных новообразований кожи после базальноклеточного. Одним из методов лечения рака кожи является криогенный, основанный на использовании разрушающего действия низкой температуры на опухолевую ткань.

Цель: Определить возможность проведения криогенного лечения как метода выбора для больных с местно-распространенным первичным плоскоклеточным раком кожи различных локализаций, отказавшихся от хирургического лечения в амбулаторном режиме.

Материалы и методы: Нами было проведено криогенное лечение 16 пациентам с местно-распространенным первичным плоскоклеточным раком кожи различных локализаций в Поликлиническом отделении Новочеркасского онкологического диспансера за период 2017 – 2021 гг. Возраст больных составил от 62 до 88 лет. Мужчин было 11, женщин – 5 с T3N0M0 (III стадия). У 12 больных опухолевый очаг располагался на коже различных участков туловища, у 4 на коже волосистой части головы. Все пациенты пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями (И.Б.С., гипертоническая болезнь, сахарный диабет, эпилепсия и др.), которые отказались от хирургического лечения. Криодеструкция проводилась во всех случаях амбулаторно под местной анестезией 1% раствора лидокаина. С целью профилактики появления метастазов предварительно было проведено лучевое лечение в виде глубокой рентгенотерапии региональных лимфоузлов, на каждое из полей по 40 Гр. На данный разработанный способ лечения подана заявка на изобретение.

Результаты: У 14 пациентов был достигнут непосредственный клинический эффект. За период всего срока наблюдения у 3 пациентов отмечались рецидивы: у двух на коже лба и одного – на коже поясничной области. После повторной криодеструкции новых рецидивов не отмечалось.

Выводы: Для пациентов с местно-распространенным первичным плоскоклеточным раком кожи различных локализаций (T3N0M0), страдающих сопутствующими заболеваниями и отказавшихся от хирургического лечения методом выбора может быть криогенный в амбулаторном режиме. Исследования в данном направлении продолжаются.

Волошин Р.Н., Снитко А.В.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону
ГБУ Ростовской области «Кожно-венерологический диспансер»

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ВИТИЛИГО

Витилиго – депигментирующее заболевание кожи, характеризующееся появлением на коже белых пятен, которые могут быть расположены симметрично, в процессе развития заболевания могут увеличиваться и сливаться в более крупные. Данные патологические изменения обусловлены прогрессирующим нарушением пигментообразующей функции меланоцитов кожи и, часто, волосяных фолликулов. В последние годы был достигнут значительный прогресс в понимании патогенеза витилиго, теперь оно классифицируется как аутоиммунное генетически опосредованное заболевание, связанное с факторами окружающей среды, метаболическим и окислительным стрессом и аномалиями строения клеток. В 2012 году международный консенсус разделил витилиго на две основные формы: несегментарное витилиго и сегментарное витилиго.

Было изучено множество механизмов нарушения синтеза меланина меланоцитами, среди которых аутоиммунный, генетический, окислительный стресс и влияние медиаторов воспаления. Хотя в настоящее время и существует консенсус относительно патогенетических особенностей витилиго, ни один из перечисленных механизмов сам по себе не достаточен для объяснения существования различных фенотипов витилиго и общий вклад этих процессов все ещё обсуждается.

Согласно последним данным, как сегментарное, так и несегментарное витилиго в основе своего патогенеза имеют одинаковую совокупность патологических процессов, которая начинается с начального высвобождения провоспалительных цитокинов и нейропептидов, вызванного внешним или внутренним повреждением, продолжается расширением сосудов и заканчивается аутоиммунным ответом. Ранее существовала «нейрогенная» гипотеза патогенеза сегментарного витилиго, которая основывалась на одностороннем характере его распространения. Но, характер его распространения не всегда является дерматомным. Кроме того, при сегментарном витилиго обнаруживаются те же меланоцит-специфические Т-клетки, что и при несегментарном, что указывает на опосредованность процесса аутоиммунитетом.

Генетические особенности. В настоящее время выделено несколько генов и около 50 генетических локусов, соответствующих витилиго. Они принимают участие в меланогенезе, иммунной реакции и апоптозе, кроме того, они связаны с другими пигментными и аутоиммунными заболеваниями (ревматоидный артрит, аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет 1 типа).

Рассмотрим наиболее важные гены, которые встречаются при витилиго. Ген TYR кодирует тиразинуазу, которая является принимает участие в биосинтезе меланина и является одним из основных аутоантигенов при генерализованном витилиго. Ген NALP1 кодирует белок NACHT1, являющийся регулятором врожденной иммунной системы, связанный с множественными аутоиммунными заболеваниями, ассоциированными с витилиго. Производство большого количества этого белка во время синтеза меланина обуславливает вероятность ошибки при белка и нарушение его конфигурации, что в свою очередь способствует развитию стрессовой реакции меланоцита (развернутого белкового ответа). Ген XBP1 так же связан с витилиго и кодирует соответствующий белок, играющий ключевую роль в ингибировании развернутого белкового ответа и управлении стресс-индуцированным клеточным воспалением. Исходя из вышеописанного становится закономерно понятна взаимосвязь между генетическим и аутоиммунным компонентами патогенеза витилиго.

Иммунитет при витилиго. У больных витилиго обнаруживают антитела, тропные к поверхностным и цитоплазматическим антигенам меланоцитов, и способные вызывать их деструкцию путем комплимент-зависимого и антитело-зависимого лизиса. Гистологически подтверждена инфильтрация эпидермиса и дермы цитотоксическими CD8 лимфоцитами. У пациентов с диагнозом витилиго концентрация этих лимфоцитов выше, кроме того, присутствует прямая положительная корреляционная связь между их количеством и активностью патологического процесса. Ранее проводились исследования, в которых путем биопсии витилигинозных участков выделялись цитотоксические CD8

лимфоциты, после чего их повторно вводили в аутологичную нормально пигментированную кожу, в которой они индуцировали апоптоз меланоцитов с последующей депигментацией.

CD8 лимфоциты, выделенные из кожи больных витилиго синтезируют гамма-интерферон, который индуцирует СХС-хемокиновые лиганды CXCL9, CXCL10 и CXCL11, имеющие общий рецептор CXCR3. Меланоцит-специфические Т-клетки у больных витилиго синтезируют в большом количестве рецептор CXCR3. Анализ экспрессии CXCL9 и CXCL10 в коже мышей показал, что экспрессия этих хемокиновых лигандов напрямую коррелирует с активностью заболевания, а CXCL10 отражает ещё и тяжесть заболевания и представляет собой эффективный биомаркер прогрессии витилиго. Функциональные исследования с использованием активатора транскрипции STAT1 показали, что вышеописанные хемокины и интерферон-гамма у мышей вызывают витилиго. Таким образом, в результате ряда проведенных исследований доказано, что гамма-интерферон, его рецептор, STAT1, CXCL10 и CXCR3 имеют крайне важное значение при развитии гипопигментации при витилиго. Кроме того, недавно было обнаружено, что индуцируемый белок теплового шока выполняет центральную роль в патогенезе витилиго, индуцируя презентацию меланоцит-специфических антигенов Т-клеткам в лимфоидной ткани, а его модифицированная версия Hsp70iQ435A репигментирует витилигозные участки у свиней рода Sinclair, предоставляя совершенно новые возможности для терапии витилиго.

Роль оксидативного стресса. Ещё в 20 веке было доказано, что меланоциты у больных витилиго более восприимчивы к оксидативному стрессу, чем у здоровых людей и их значительно труднее культивировать *ex vivo*. А недавние исследования предполагают, что оксидативный стресс потенциально является первым звеном в цепи снижения меланинсинтезирующей функции и апоптоза меланоцитов. Следует упомянуть, что в данном случае наиболее важен не сам оксидативный стресс, а дисбаланс между факторами агрессии и защиты – между маркерами оксидативного стресса и антиокислительными механизмами. Общеизвестно, что накопление активных форм кислорода (АФК) способно вызывать распад белков, нарушение целостности молекул ДНК и перекисное окисление липидов – при этом клетка полностью или частично теряет свою функцию. Во время оксидативного стресса усиливается синтез катионного канала *member2*, что обуславливает приток кальция в меланоцит и последующий его митохондриально-зависимый апоптоз.

В заключение следует сказать, что витилиго является самым распространенным в дерматологии гипомеланозом. Комплексный патогенез витилиго, представленный сложным взаимодействием генетических и иммунных факторов наряду с оксидативным стрессом обуславливает возможность определения терапевтических мишеней, лекарственных средств и методов, которые необходимо использовать в терапии.

Волошинская Л.В., Пану Д.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СТИЛИ ВЕДЕНИЯ ПЕРЕГОВОРОВ В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ

Актуальность. Факт конфликта как неотъемлемая часть жизнедеятельности каждого человека. Решение проблемы управления конфликтами путем переговорного процесса.

Цель исследования. Изучение различных стилей ведения переговоров как эффективного способа разрешения конфликтов. Выявление совокупности условий, способствующих принятию конфликтующими сторонами решения приступить к переговорам. Изучение различных видов и типов переговоров, их особенностей и динамики. Анализ условий успешного разрешения конфликтов.

Результаты исследования. Использование переговоров, прямых или с участием посредника, для разрешения конфликтов имеет такую же давнюю историю, как и сами конфликты. Однако объектом научного исследования они стали лишь во второй половине XX в., когда искусству ведения переговоров стали уделять большое внимание. Как сложный процесс- переговоры состоят из нескольких этапов: подготовки, процесса их ведения, анализа результатов и выполнения достигнутых договоренностей. В книге Б.И. Хасана «Конструктивная психология конфликта» сформулированы основные принципы, регламентирующие переговорный процесс, а именно: стороны должны проявлять

волю к достижению соглашения, переговоры не могут состояться без осознания участниками их необходимости, каждая из сторон должна иметь собственный интерес в переговорах (именно интерес является мерой эффективности переговоров), стороны должны иметь определенные навыки ведения переговоров, стороны должны иметь ресурс для выполнения договоренностей (переговоры бессмысленны, если они в будущем не будут выполнены). Переговоры представляют собой процесс взаимодействия оппонентов с целью достижения согласованного и устраивающего стороны решения. В книге «Конфликтология» под редакцией профессора В.П. Ратникова выделяют следующие типы переговоров: по количеству участников- двусторонние и многосторонние; по факту привлечения третьей(нейтральной)- прямые (непосредственное взаимодействие участников конфликта) и непрямые (с вмешательством третьей стороны). Конфликтующие стороны могут по-разному рассматривать переговоры: либо как процесс разрешения конфликта с учетом интересов друг друга, либо как продолжение борьбы иными средствами. В соответствии с этими подходами выделяются две основные стратегии ведения переговоров: переговоры на основе интересов, предполагающие партнерский тип поведения и позиционный торг, ориентированный на конфронтационный тип поведения. Существует три типа совместных решений участников переговоров: компромиссное, асимметричное решение (относительный компромисс) и нахождение принципиально нового решения путем сотрудничества. В исследованиях, посвященных переговорному процессу, особое внимание уделяется воздействию на оппонента и использованию при этом различного рода приемов («двойное толкование», «завышение требований», «оказание давления на оппонента», «расстановка ложных акцентов в собственной позиции», «выжидание», «преднамеренный обман», и др.) Другим аспектом личностного фактора является умение участника переговоров учитывать личностные особенности противоположной стороны. В своем эссе «О переговорах» Ф. Бэкон писал: «Если вам предстоит работать с каким-либо человеком, вы должны узнать: либо его характер и пристрастия. – чтобы им командовать; либо слабости и недостатки – чтобы напугать его; либо близких ему людей – чтобы им управлять. Имея дело с умными людьми, необходимо вникать в произносимые ими речи. Говорить им следует как можно меньше – и как раз то, чего они меньше всего ожидают. Ведя сложные переговоры, не старайтесь сеять и жать одновременно; медленно подготавливайте почву, и плоды постепенно созреют».

Вывод. Переговоры – способ разрешения конфликта, который заключается в использовании ненасильственных приемов и средств для решения проблемы. Среди функций переговоров наиболее значимы: коммуникативная информационная, функция контроля, отвлечения внимания, пропаганды, а также функция проволочек. В реальной же жизни людям зачастую просто не хватает культуры переговорного процесса, навыков ведения переговоров, желания вступить в коммуникацию с оппонентом.

Воробьев А.А., Курушина О.В., Андриященко Ф.А., Волюнец И.В., Зозуля Е.Ю., Горелик И.М., Нежинский Д.И.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград
Федеральный центр поддержки разработки и производства экзопротезов и экзоскелетов
Волгоградский научный медицинский центр, ООО «ИННОМЕД» – резидент Сколково.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРА- И МОНОПАРЕЗА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ И РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Введение. Периферические пара- и монопарезы остаются сложными, требующими индивидуального и мультидисциплинарного подхода к лечению, состояниями. В качестве комплексной терапии используются как классическая медикаментозная, так различные немедикаментозные методы, такие как разработанный на базе ФГБОУ ВО Волгоградского государственного медицинского университета экзоскелет верхней конечности «ЭКЗАР-34». Для дальнейшего изучения и планирования объема медицинской помощи необходимы статистические данные, характеризующие распространённость синдрома верхнего периферического пара- и монопареза.

Цель. Провести анализ распространенности верхних периферических пара- и монопарезов на основании статистических данных по Волгоградской области и Республики Татарстан на основании официальных отчетов учреждений здравоохранения этих субъектов РФ.

Материалы и методы. Проанализированы официальные отчеты министерства здравоохранения Республики Татарстан и комитета здравоохранения Волгоградской области от 1 января 2022 года.

Полученные результаты. Анализ распространенности проводился по основным нозологическим группам, одним из ведущих проявлений которых является синдром верхнего периферического пара-монопареза. Так среди врожденных заболеваний на территории Волгоградской области и Республики Татарстан зарегистрировано: 12 и 3 пациента соответственно с артрогрипозом, 39 и 35 больных боковым амиотрофическим склерозом, 9 и 10 человек с врожденными миопатиями, 9 и 43 больных с синдромом Гийена -Барре, 267 и 901 человек с детским церебральным параличом, 57 и 45 больных с миотонической дистрофией, 30 и 88 пациентов с спинально-мышечными атрофиями, 66 и 40 с болезнью Шарко-Мари-Тута

В группе приобретенных и транзиторных состояний, сопровождающихся синдромом верхнего периферического пара- монопареза на территории Волгоградской области и Республики Татарстан выявлено: 138 и 122 пациента соответственно с плечевой плексопатией, 3 и 6 пациентов, находящихся под наблюдением в связи с подготовкой к операциям по восстановлению нервов и функции мышц (миотенопластика, невролиз, пластика нервов), 114 и 389 пациентов проходящих восстановление утраченных функций верхних конечностей после инсульта головного мозга с гемипарезом и монопарезом верхней конечности, 57 и 139 человек с последствиями черепно-мозговых травм с наличием гемипареза и монопареза верхних конечностей.

Для ряда нозологических единиц удалось собрать лишь частичную информацию в интересующих субъектах РФ, так известно: об 1 случае дистрофической дисплазии и 1 синдрома Ларсена в Татарстане, зарегистрировано 67 случаев состояний после нейрохирургических операций по удалению опухолей головного мозга и абсцессов мозга с наличием гемипареза и монопареза верхних конечностей в Республике Татарстан и 18 случаях последствия воспалительных болезней центральной нервной системы с аналогичным симптомокомплексом в Волгоградской области.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют сопоставимость, свидетельствующую о достаточно высокой распространенности заболеваний, приводящих к развитию синдрома верхнего периферического пара- и монопареза.

Проанализированные случаи являются показанием к применению экзоскелета верхних конечностей «ЭКЗАР-34», что необходимо учитывать при планировании производственный мощностей предприятия – резидента «Сколково» ООО «ИННОМЕД».

Воробьева Е.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ В РАБОТЕ СОТРУДНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Ставилась цель – оценить значимость вредных производственных факторов (ВПФ) в работе выездного персонала станции скорой медицинской помощи Куйбышевского района города Донецка в период военного дистресса и пандемии COVID-19 и разработать меры профилактики.

Для оценки влияния вредных факторов производственной среды были разработаны анкеты, в которых предлагалось оценить каждый показатель от 0 до 10. Для нивелирования влияния иных факторов, в анкету были включены вопросы о вредных привычках, районе проживания, а также качестве питания и сна опрашиваемых.

В анкете предлагалось оценить 11 ВПФ, разделенных на группы: физические (шум; вибрация; температурный фактор), биологические (риск заражения инфекционными заболеваниями), психофизиологические (нервно-эмоциональное напряжение; расстояние, проходимое за смену; монотонность

проводимых манипуляций; сменность; напряжение зрения; масса поднимаемого и перемещаемого груза; неудобная рабочая поза; нерациональное распределение режима труда и отдыха).

В результате анкетирования было опрошено 23 сотрудника выездного персонала: 2 врача, 13 фельдшеров, 8 младших медсестер, из них – 13 женщин и 10 мужчин. Согласно классификации ВОЗ, возрастные группы распределились следующим образом: 18-44 года – 18 человек, 45-59 – 4 человека, 60-74 – 1 человек, при этом средний возраст мужчин составил $28,9 \pm 3,8$, женщин – $34,5 \pm 3,8$.

Вредные привычки (курение) имеют 60,9% сотрудников. Несбалансированным свое питание считают 30,4% опрошенных. Сон длительностью 6-8 часов отметили 56,5%; 3-5 часов и 9-11 часов – 17,4%; 12 часов и более – 8,7% исследуемых. Предприятия, загрязняющие атмосферный воздух в районах проживания работников, указали 13,1% опрошенных.

По результатам исследования, наиболее значимое влияние оказывают психофизиологические ВПФ: нерациональное распределение режима труда и отдыха (отсутствие фиксированных перерывов, подъемы в ночное время и т.п.) – 8 баллов; масса поднимаемого и перемещаемого груза – 7,8 балла; температурный фактор (воздействие перепадов высоких и низких температур) – 7,4 балла; нервно-эмоциональное напряжение – 7 баллов. При этом, несмотря на работу в условиях пандемии COVID-19, был недооценен биологический фактор (риск заражения инфекционными заболеваниями). Наименее значимыми оказались неудобная рабочая поза – 4,5 балла и монотонность проводимых манипуляций – 3,9 балла.

Кроме этого, обследуемой группе предлагалось самостоятельно указать факторы, которые имеют неблагоприятное влияние на процесс трудовой деятельности. Среди них наиболее часто встречались: нерациональное распределение бригад по значимости вызовов, агрессия и неадекватное поведение пациентов, и низкая заработная плата.

Анализируя полученные данные и выделив наиболее значимые вредные производственные факторы, можно предложить соответствующие меры профилактики: рационализация режима труда и отдыха (введение фиксированных перерывов в течение суточных дежурств для каждой бригады с возможностью взаимозамещения при поступлении экстренных вызовов), налаживание работы диспетчерской службы (консультативная помощь по телефону, сортировка адресов по степени значимости и, соответственно, уменьшение нагрузки на выездной персонал), внедрение в работу элементов малой механизации (специальные подъемники, носилки типа Carrera, Ella Self с механизмом самозагрузки), сеансы психологической разгрузки для выездного персонала, рационализация питания для повышения резистентности организма.

Вугерничек А.Ю., Корицкая Е.Т.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ В РЕАКЦИИ СЕРДЦА НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС

Актуальность исследуемой темы заключается в выявлении зависимости между эмоциональным стрессом и патологией сердца при эндокринопатиях.

Цель заключается в изучение влияния тиреоидных гормонов на сердце в стрессовой ситуации.

Основная задача – установить эффект тиреоидных гормонов на устойчивость сердечно-сосудистой системы к воздействию стрессовой ситуации.

Материалы и методы. В работе были проанализированы научные работы отечественных и зарубежных ученых, а так же учебные пособия и монографии.

Результаты и их обсуждения. Психическое, эмоциональное напряжение являются основными факторами для возникновения болезней. Эмоциональное истощение ведет к нарушению функций эндокринной и сердечной деятельности.

Гормоны щитовидной железы: трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4), кальцитонин-оказывают влияние на многие процессы в организме, например, регулируют метаболические процессы, теплопродукцию, состояние бодрствования и мыслительной деятельности, рост и развитие тканей, поддерживают

психическое и физическое здоровье, увеличивают частоту и силу сердечных сокращений, снижают сосудистое сопротивление, повышают артериальное давление, регулируют чувствительность тканей к катехоламинам, расширяют сосуды, высвобождая вазоактивные вещества. Гормоны могут воздействовать на клетки сердца посредством ядерного и внеядерного механизма. С помощью внеядерного механизма возрастает транспорт аминокислот, сахаров и кальция через клеточную мембрану, тем самым увеличивает инотропный и хронотропный эффекты. Посредством ядерного механизма усиливается метаболической активности, например, трийодтиронин способен улучшает синтез кардиоспецифичных белков, вызывая повышение сократительной способности сердца. Гормоны управляют механическими и электрохимическими ответами миокарда.

Деятельность щитовидной железы при эмоциональном напряжении регулируются гипоталамо-гипофизарной, гипофизарно-адренкортикальной, симпатoadреналовой системами, обеспечивающими трансбиоэнергетическую и адаптационную функцию. Симпатoadреналовая система стимулирует выделение тироксина и норадреналина в кровь, также возрастает ЧСС и сила сокращения, повышаются внутриклеточные обменные процессы и поглощение кислорода митохондриями, усиливается биоэнергетические и синтетические процессов. Эти изменения предохраняет сердце от негативных стрессовых эффектов. Гипофизарно-адренкортикальная система способна обеспечивать регуляторные функции и во время нагрузок, и при радиационном излучении. Гипоталамо-гипофизарная система побуждает выброс АКТГ, сопровождающийся снижением секреции ТТГ, в результате развивается гипофункция щитовидной железы. В работе сердечно-сосудистой системы будут наблюдаться следующие изменения: брадикардия, умеренная гипертензия, уменьшение пульсового давления, снижение сосудистого сопротивления, снижение сердечного выброса, снижение желудочковой наполняемости и сердечной сократимости. Адрено-тиреоидные взаимоотношения определяют количество макроэргов, ход энергетического обмена, помогают быстро мобилизовать внутренние ресурсы.

Вывод. Щитовидная железа и сердечно-сосудистая система имеют прочные функциональные взаимоотношения. В заключении можно сказать, что при стрессе адаптационные процессы в сердце происходят под контролем тиреоидных гормонов.

Выхованец Т.А., Машинистов В.В., Выхованец Н.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПИТАНИЕ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЯЮЩИХСЯ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ: ГИГИЕНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Климатические факторы оказывают влияние на биологические ритмы различных физиологических систем организма, под влиянием этих факторов возникают сезонные заболевания и обострения хронических болезней, существуют метеотропные заболевания, с внезапным изменением погоды связаны ухудшение здоровья и снижением работоспособности.

Климат Донецкого региона за последние десятилетия претерпел ряд изменений. При оценке метеорологических факторов на территории города Донецка было установлено, что значительные амплитуды среднесуточных колебаний температуры атмосферного воздуха отмечаются в летний и весенний периоды года (от 8,0 до 8,8оС и от 7,0 до 7,3оС соответственно). Климатические изменения в природе, приводящие к постепенному увеличению температуры атмосферного воздуха, скачкообразным колебаниям атмосферного давления, влажности воздуха, обилию осадков в сочетании с ухудшением качества питьевой воды, загрязнением атмосферного воздуха, почвы создают предпосылки для увеличения заболеваемости, смертности населения.

Поэтому при оценке природно-климатических условий проживания человека на определенной территории важной задачей является установление причинно-следственных связей между этими факторами и уровнем заболеваемости населения с целью разработки эффективных мер профилактики. Профилактические мероприятия по снижению негативного влияния колебаний метеорологических факторов на состояние здоровья жителей Донецкого региона должны основываться на правильной организации питания и питьевого режима.

В жаркую погоду рекомендуется пить зеленый чай, который быстро выравняет водный баланс, значительно снижает продукцию тепла при мышечной работе, хорошо утоляет жажду, обладает бактерицидными свойствами, богат витамином Р. Показаны также овощные отвары, фруктовые соки, квас, томатный сок с солью, молочнокислые напитки, которые содержат вещества, оказывающие сокогонное действие и способные сохранять воду в организме, уменьшать количество выделяемой мочи и пота, и тем самым способствовать сохранению теплового равновесия организма. Прием жидкости в жаркое время года строго регламентированный – воду целесообразно пить относительно часто, каждый раз выпивая не более 1 стакана (температура воды при этом должна быть чуть ниже температуры воздуха).

Питание человека в жаркую погоду тоже имеет свои особенности: не перегружать организм, иметь высокие вкусовые качества и быть полноценным и разнообразным. Рацион должен иметь углеводно-белковую направленность: кисломолочные продукты, яйца, рыба, белое мясо, овощи, фрукты, ягоды, зелень, бахчевые культуры. Рацион необходимо обогатить салатами из свежих овощей, зелени, фруктов, приправленных растительными маслами с добавлением лимонного сока или нежирными натуральными йогуртами. Следует отдать предпочтение жидким и полужидким блюдам (холодники, окрошка, холодные фруктово-ягодные кисели и т.д.). Из пищевого рациона необходимо исключить жирные, острые, копченые блюда, алкоголь, сахар, кофе, сладкие газированные напитки.

Кулинарная обработка всех продуктов должна максимально исключать жареные блюда, а предпочтение следует отдать блюдам, приготовленным на пару, в отварном или запеченном виде. Иногда допускается приготовление блюд на мангале. Рекомендуется умеренное употребление различных острых закусок, в состав которых входит перец, чеснок, лук и т.п. Полезно добавлять в блюда такие специи как имбирь, кардамон, пить травяные отвары, охлажденные до комнатной температуры.

Такой подход к организации питания и питьевого режима в жаркую погоду позволит обеспечить организм достаточным количеством минеральных веществ, витаминов, улучшить самочувствие, повысить работоспособность, а также адаптационные возможности организма к высокой температуре атмосферного воздуха в летний период.

Выхованец Ю.Г., Максимова М.А., Тетюра С.М., Выхованец Т.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ ИСТОЧНИКОВ ВОДОСНАБЖЕНИЯ В ДОНБАССЕ

Питьевая вода является важным фактором, влияющим на здоровье населения. Физиологически сбалансированная вода должна содержать определенный химический состав (согласно предельно допустимой концентрации веществ), который и будет определять ее качественную составляющую. К таким показателям будут относиться: общая минерализация, жесткость, кальций, магний, калий, фтор, йод и др. Изменение химического состава воды может быть причиной массовых эндемических заболеваний, а также выступать фактором риска развития патологий в популяции людей. К примеру, употребление воды с повышенной жесткостью приводит к снижению моторики желудка и накоплению солей в организме. Вода, содержащая высокую концентрацию ионов кальция и магния, чрезмерно влияет на сердечно-сосудистую систему. Продолжительное использование жесткой воды может влиять на возникновение заболеваний суставов (артритов, полиартритов), а также может выступать риском образования камней в почках и желчных путях.

Рассматриваемая проблема актуальна и для Донбасса, так как водоснабжение из централизованных источников для этого региона затруднено в результате военных действий на данной территории. Так, необходимо отметить, что в последние годы на Донбассе отмечается рост потребления бутилированной питьевой воды. Основным источником водоснабжения при этом является вода, которая отбирается из различных артезианских скважин, и реализуется населению через торговую сеть в виде бутилированной разливной воды. Химический состав этой воды может колебаться в широких пределах и во многом зависит от применяемых предприятиями поставщиками систем фильтрации

и очистки. Контроль качества питьевой воды подаваемой населению из децентрализованных источников водоснабжения проводится зачастую выборочно, что может создавать дополнительные риски роста уровня различных заболеваний, обусловленных повышенным содержанием некоторых химических веществ, включая жесткость воды, не соответствующую требованиям ГОСТ. Важной проблемой является полноценная обработка поставщиком емкостей для транспортировки и хранения питьевой воды. По результатам исследований химического состава питьевой воды представленных ГУП ДНР «Вода Донбасса», в централизованных источниках водоснабжения общая жесткость воды за 2015-2021 гг. составляла в среднем $7,9 \pm 0,1$ ммоль/дм³ (по СанПиН 2.2.4-171-10 не более 7,0). В бутилированной разливной питьевой воде общая жесткость составляет $14,6 \pm 0,2$ ммоль/ дм³, что превышает предельно допустимые уровни.

Таким образом, в условиях Донбасса актуальной проблемой является изучение химического состава питьевой воды подаваемой населению из различных источников водоснабжения и оценка ее влияния на заболеваемость жителей региона.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Алборова Е.В., Выхованец Т.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ГЕОМАГНИТНЫХ ВОЗМУЩЕНИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЧЕЛОВЕКА

В последние годы в результате климатических изменений на планете сложилась устойчивая тенденция к повышению частоты и экстремальности негативно влияющих на человека гелиогеомагнитных факторов, приводящих к росту заболеваемости и дополнительной смертности населения. К основным геомагнитным факторам, которые могут воздействовать на биологический объект, относятся: инфразвуковые электромагнитные колебания, микропульсации магнитного поля Земли, изменение интенсивности ультрафиолетового излучения, метеоусловий, атмосферного электричества, радиоактивности за счет эксгаляции радиоактивного газа радона и другие. К факторам физической природы, которые могут оказывать существенное влияние на формирование состояния здоровья человека, относят и геомагнитные возмущения или бури (ГМБ). Они возникают в результате взаимодействия возмущённых потоков солнечного ветра с магнитосферой Земли, приводящего к изменению напряженности магнитного поля. По данным литературы (А. И. Григорьев, 2017; М. А. Деева, 2021) ГМБ могут приводить к ухудшению функционального состояния (ФС) человека. Например, у здоровых людей во время ГМБ может ухудшаться общее самочувствие, часто нарушаются функции памяти, внимания, возникает головная боль, снижается работоспособность. У лиц с нарушениями функционирования сердечно-сосудистой системы (ССС) эти воздействия могут приводить к возникновению таких острых сосудистых расстройств, как гипертонические кризы, инсульты и инфаркты (Р. Заславская, Э. Щербань, 2021).

Исследования проводились на базе Реабилитационно-диагностического центра (РДЦ) г. Константиновка. В исследовании принимали участие лица, проходившие профилактические медицинские осмотры в РДЦ. Анализ полученных данных проводился на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО. На основании критериев включения и исключения была сформирована группа относительно здоровых лиц, в которую вошло 337 человек в возрасте от 21 до 75 лет (193 женщины и 144 мужчины). Продолжительность ГМБ оценивалась по данным, взятым из каталога Института земного магнетизма, ионосферы и распространения радиоволн им. Н.В. Пушкова Академии наук РФ за период с 2009 по 2011г.г. Для каждой ГМБ оценивались значения амплитуды электромагнитного поля (нТл) для магнитных склонений D, H, Z. Для количественной оценки влияния ГМБ на уровень функционирования системы кровообращения применялся индекс функциональных изменений (ИФИ). Показатель ИФИ рассчитывался, с учетом антропометрических (рост, масса тела, паспортный возраст человека), физиологических (артериальное давление систолическое и диастолическое, частота пульса) показателей.

Исследованиями было установлено, что в период возникновения и протекания ГМБ у лиц исследуемой группы зафиксировано повышение систолического ($r=0,3$ при $p<0,01$) и диастолического ($r=0,4$ при $p<0,01$) артериального давления, уменьшение вегетативного индекса Кердо ($r=-0,4$ при $p<0,01$). Увеличение интенсивности и продолжительности ГМБ приводит к изменению ИФИ ($r=0,4$ при $p<0,01$). Значение ИФИ составляет при этом $2,80\pm 0,2$ у.е., что соответствует уровню напряжения механизмов адаптации. Такие же закономерности отмечаются при изменении значений амплитуды геомагнитных склонений. Колебания D, H, Z приводят к сдвигам показателей систолического ($r=0,4$ при $p<0,01$) и диастолического артериального давления ($r=0,4$ при $p<0,01$), а также вегетативного индекса Кердо ($r=-0,4$ при $p<0,01$), соответственно.

На основе полученных результатов была разработана математическая модель прогнозирования ФС человека с учетом влияния физических факторов окружающей среды в т.ч. и гелиогеомагнитных факторов.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Шадян К.В., Келехсаева А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

УРОВЕНЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ КЛИМАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ

Оценка и прогнозирование функциональных состояний человека (ФС), формирующихся под влиянием различных факторов окружающей среды, должна осуществляться на основе комплексного системного подхода. Для выявления специфики определенных состояний наиболее существенными являются показатели деятельности отделов центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной и других систем организма человека. Климатические изменения, происходящие на планете в последние десятилетия, привели к негативному влиянию ряда физических факторов окружающей среды (температуры, влажности, скорости движения, давления атмосферного воздуха) на деятельность различных физиологических систем организма человека, в том числе и на функционирование сердечно-сосудистой системы (ССС). Эффективным показателем ФС ССС человека является уровень функционального состояния (УФС). Этот показатель характеризует адаптационный потенциал ССС человека. На основе вышеизложенного была проведена оценка влияния среднесуточных и сезонных колебаний физических факторов окружающей среды на величину УФС человека.

Исследования проводились в период с 2009 по 2011 гг. на базе Реабилитационно-Диагностического Центра «РДЦ» г. Константиновка. В исследовании принимали участие лица, проходившие профилактические медицинские осмотры в РДЦ. Анализ полученных данных проводился на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО. На основании критериев включения и исключения, была сформирована группа лиц, в которую вошло 337 человек в возрасте от 21 до 75 лет (193 женщины и 144 мужчины). Все лица, вошедшие в данную группу, проходили обследования не менее четырех раз в разные периоды года (зимний, весенний, летний и осенний). Был проведен анализ физических факторов (температуры, влажности, скорости движения воздуха и атмосферного давления) по г. Константиновка за ряд лет. Полученные данные были представлены Государственной метеорологической службой Донецкой Народной Республики (форма ТСГ-1).

В результате анализа физических факторов окружающей среды было установлено, что среднесуточные колебания температуры атмосферного воздуха, относительной влажности, скорости движения воздуха, атмосферного давления оказывают раздражающее и острое раздражающее воздействие на организм человека, что подтверждают высокие значения индекса патогенности метеорологической ситуации. Согласно значениям индекса удельный вес дней в течение года с оптимальными погодными условиями в регионе составил $39\%\pm 4,9\%$, а с раздражающими и острыми воздействиями – $48\%\pm 5,0\%$ и $13\%\pm 3,4\%$, соответственно.

Сезонные колебания физических факторов окружающей среды приводят к количественным изменениям показателя УФС в изучаемой группе. Исследованиями выявлена тенденция к ухудшению по-

казателя УФС у мужчин и женщин во всех возрастных группах, обусловленная влиянием возрастных процессов и сезонных колебаний физических геомагнитных факторов.

Исследованиями установлено, что в зимние месяцы года (январь, февраль) и осенью (ноябрь) у испытуемых лиц отмечался «низкий уровень» ФС. В декабре этот показатель на 34,7%, а в ноябре на 11,7% был ниже верхней границы «низкого уровня» ФС. В весенний период года УФС находился на уровне верхней границы «низкого уровня» ФС. Кроме этого, в летний период года и осенью (сентябрь, октябрь) этот показатель был ниже верхней границы «ниже среднего» УФС системы кровообращения.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Габараева З.Г., Выхованец Т.А., Лахно О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Климатические условия проживания и экологические факторы могут оказывать значительное влияние на формирование состояния здоровья человека. Поэтому при оценке природно-климатических и экологических условий проживания человека на определенной территории важной задачей является установление причинно-следственных связей между этими факторами и уровнем заболеваемости населения с целью разработки эффективных мер профилактики и лечения заболеваний. Профилактические мероприятия должны быть направлены на снижение неблагоприятного воздействия на человека факторов обусловленных загрязнением окружающей природной среды и повышение индивидуальной устойчивости организма в различные периоды года.

При проведении научных исследований, изучались физические факторы внешней среды (температура, влажность, скорость движения воздуха, атмосферное давление, уровень инсоляции) для оценки их влияния на заболевания системы кровообращения. Была дана количественная и качественная характеристика выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух города Донецка для оценки воздействия экологических факторов на возникновение заболеваний системы кровообращения у жителей индустриального региона. Для изучения заболеваемости системы кровообращения у жителей Донецка и обобщения полученных результатов применялись различные статистические методы (описательная статистика, дисперсионный и регрессионный анализ, математическое моделирование).

В результате проведенных исследований была выявлена взаимосвязь между годовыми или сезонными изменениями физических факторов и уровнем заболеваемости болезнями системы кровообращения у жителей региона. Исследованиями были установлены тенденции к увеличению заболеваний системы кровообращения в осенний период года по сравнению с остальными сезонами года ($p < 0,05$). Отмечается постепенный рост в осенний период года таких показателей, как общая заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе впервые выявленных заболеваний, первичная заболеваемость гипертонической болезнью, инсультами и инфарктами миокарда по сравнению с остальными сезонами года ($p < 0,05$). Выявлено превышение количества инсультов и инфарктов миокарда в зимний период года над летним периодом года ($p < 0,05$).

При оценке уровня абсолютного риска возникновения заболеваний системы кровообращения, было установлено, что максимальные значения этого показателя отмечались в летне-осенний период времени и изменялись в пределах от 16,31 до 19,91. Высокие уровни абсолютного риска заболеваний гипертонической болезнью отмечались в летний период года, которые составляли от 6,84 до 8,43. Кроме этого, установлены максимальные значения риска развития инсультов в осенне-зимний периоды года, которые изменялись в пределах от 9,33 до 9,77. Высокие показатели риска развития инсультов, выявлены так же в весенний период года. Этот показатель составлял от 5,06 до 5,75.

На основе полученных результатов была разработана модель прогнозирования риска развития заболеваний системы кровообращения у человека, с учетом влияния физических факторов окружающей среды и загрязнения атмосферного воздуха химическими веществами в индустриальном регионе, что

имеет важное значение не только для теоретической, но и для профилактической и клинической медицины.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Габараева З.Г., Черняк А.Н., Никитенко С.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

На основе оценки типа погоды было установлено, что в условиях проживания на территории Донецка физические факторы могут оказывать комплексное раздражающее и острое воздействие на человека. В течение всего изучаемого периода, удельных вес дней оказывающих раздражающее действие на человека составил от 25,5% до 30,9%. Кроме этого, были выявлены дни с комбинированными суточными перепадами факторов, которые могут оказывать острое неблагоприятное воздействие на организм человека. Удельный вес таких дней составил от 0,82% до 1,37%. Анализ степени патогенности метеорологической ситуации по сезонным значениям физических факторов для человека при проживании на территории г. Донецка показал, что в течение изучаемого периода эти факторы оказывают раздражающее и острое влияние на человека в зимний период года. В частности, в зимний период года показатель патогенности погоды превышает границу раздражающего воздействия на организм человека на 11,7%, а острого воздействия на 7,8%.

Анализ сезонных средних концентраций химических веществ в атмосферном воздухе города Донецка показал, что максимальные концентрации пыли в атмосферном воздухе отмечались в весенний период года. Сезонные средние концентрации пыли в атмосферном воздухе в этот период года были на 25% выше по сравнению с зимним периодом года ($p < 0,05$). Исследованиями установлены, что средние концентрации оксида углерода в атмосферном воздухе зарегистрированы в летний период года, которые были выше на 4,1% концентраций этого вещества в зимний период года ($p < 0,05$). При этом, высокие сезонные средние концентрации диоксида азота отмечались в осенний период года, которые были на 13,7% выше сезонных значений в летний период ($p < 0,05$). Установлена тенденция к увеличению средних концентраций аммиака в атмосферном воздухе в летний период года. Сезонные средние концентрации аммиака в атмосферном воздухе в этот период года были на 31,8% выше по сравнению с зимним периодом года ($p < 0,05$).

Таким образом, исследованиями было выявлено большое количество факторов окружающей среды, которые могут оказывать разностороннее влияние на систему кровообращения человека. Важной задачей, при этом, является определение наиболее значимых факторов, которые могут оказывать существенное влияние на формирование заболеваний системы кровообращения человека. В качестве результирующего критерия, характеризующего заболевания системы кровообращения, можно использовать расчетный показатель риска развития заболеваний системы кровообращения (РРЗСК). В результате многофакторного регрессионного анализа, была разработана модель прогнозирования РРЗСК, с учетом влияния метеорологических факторов окружающей среды и загрязнения атмосферного воздуха. При построении математической модели в качестве входных предикторов были выбраны 66 факторов, которые принимали определенные дискретные числовые значения. В качестве выходного параметра использовался показатель РРЗСК, который определяли как уровень абсолютного риска в%. Если прогнозируемый уровень риска превышал критическое значение, то давалась оценка «высокий риск», если не превышал – «низкий риск». В окончательное уравнение модели прогнозирования РРЗСК вошло 9 факторов: порядковый номер месяца года; среднесуточная температура атмосферного воздуха; среднесуточная амплитуда изменений температуры атмосферного воздуха; среднесуточная влажность атмосферного воздуха; среднесуточная скорость движения атмосферного воздуха; среднесуточное атмосферное давление; радиационно-эквивалентная эффективная температура; средняя концентрация оксида углерода в атмосферном воздухе; средняя концентрация паров аммиака в атмосферном воздухе. Чувствительность и специфичность разработанной математической модели составила 64,3 (95%ДИ:51,9 – 67,3)% и 94,9 (95%ДИ:92,4 – 96,7)%, соответственно.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Прокопец В.И., Баздырева Ю.А., Довгялло Е.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЧЕЛОВЕКА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОКИНЕТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ЯДЕР ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК

К наиболее информативным показателям динамики функциональных состояний человека (ФС) относят различные параметры деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем: частоту сердечных сокращений, сердечный ритм и его изменчивость, величину артериального давления, состояние различных отделов сосудистого русла, частоту и глубину дыхания и т.д. В целом ряде исследований при оценке состояний используются методы, основанные на изучении показателей биологического возраста (БВ). Обычно считают, что регрессивные изменения биохимических, морфологических и физиологических показателей статистически зависят от паспортного возраста (ПВ) человека. Отставание (опережение) БВ от ПВ может свидетельствовать о функциональных и органических нарушениях, снижении жизненных функций, диапазона адаптации. Как известно, старение организма связано с нарушениями механизмов саморегуляции и процессов переработки информации на разных уровнях функционирования организма. На клеточном уровне нарушаются процессы передачи информации в системе генетического аппарата клеток, на уровне целостного организма в системе нейрогуморальной регуляции. Эти процессы могут ускоряться под влиянием негативных факторов окружающей среды, после перенесенных заболеваний, при нарушении процессов адаптации, стрессах. Это позволяет, фиксируя показатели БВ человека, то есть, оценивая его увеличение или уменьшение, говорить о степени функциональных нарушений, в ответ на действие различных негативных факторов окружающей среды, в том числе и физической природы.

На базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М ГОРЬКОГО были проведены исследования по определению БВ у относительно здоровых лиц в возрасте от 45 до 70 лет, (из них 20 женщин и 10 мужчин), проживающих в Донбассе, которые по результатам анкетирования были отнесены к группе метеозависимых. Определение БВ человека проводилось по цито-биофизической методике, разработанной профессором В.А. Шахбазовым с применением прибора «БИОТЕСТ-1М». Он включает измерительное устройство, плоскую камеру с двумя платиновыми электродами, электронный стабилизатор, и коммутатор. Измерения величины БВ проводились у испытуемых утром натощак. Вначале, на предметное стекло камеры для электрофореза наносили, с помощью медицинской пипетки, 2 капли воды. Затем, медицинским шпателем делали соскоб клеток эпителия с внутренней стороны щеки испытуемого. Полученный соскоб клеток переносился на предметное стекло, и осторожно перемешивался в воде до достижения однородной массы, и накрывался покровным стеклом. Подготовленный для электрофореза материал размещался на предметном столике микроскопа. Камеру для электрофореза соединяли с клеммами прибора. После включения прибора, подсчитывалось количество пассивных и активных клеток. Если ядро в клетке оставалось неподвижным, нажималась клавиша «пассив.», при смещении ядра, нажималась клавиша «актив.». Автоматически проводился подсчет количества клеток с подвижными ядрами. Эта информация выводилась на экран прибора. Когда общее количество исследуемых клеток составляло 100, подавался сигнал, свидетельствующий о необходимости завершения подсчета. На основании процента электроотрицательных ядер, по таблице определялся БВ человека.

В результате проведенных исследований было выявлено превышение показателей БВ над ПВ в группе у метеозависимых женщин на $4,5 \pm 0,3$ лет и у мужчин на $5,8 \pm 0,4$ лет. Таким образом, было установлено негативное влияние физических факторов (температуры, влажности, скорости движения, давления атмосферного воздуха) на функциональное состояние метеочувствительных лиц проживающих в Донбассе.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Келехсаева А.А., Выхованец Т.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ ЧЕЛОВЕКА

Физические факторы окружающей среды (температура, влажность, скорость движения, давление атмосферного воздуха) могут оказывать существенное влияние на формирование состояния здоровья человека. В последние годы в результате климатических изменений на планете и интенсивного антропогенного загрязнения окружающей среды, произошли существенные сдвиги в характере влияния этих факторов на организм человека. По данным научной литературы известно, что значительные среднесуточные и сезонные колебания физических факторов оказывают негативное воздействие на состояние здоровья человека. Особенно неблагоприятное влияние физические факторы могут оказывать на организм метеочувствительных людей. Как известно, физиологическая метеочувствительность это свойство организма поддерживать свое здоровье, путем согласования жизнеобеспечивающих процессов с солнечными, геофизическими, метеорологическими и другими процессами в окружающей среде. У здорового человека с хорошими резервными возможностями механизмов адаптации колебания физических факторов не вызывают никаких болезненных ощущений. В случае же ослабления организма вследствие болезни, стресса, переутомления у человека могут отмечаться патологические метеопатические реакции. В связи с этим актуальной задачей является оценка влияния физических факторов на функциональное состояние организма у метеочувствительных лиц. Перспективным методом оценки функциональных изменений возникающих под влиянием колебаний физических факторов является определение величины биологического возраста человека (БВ). Превышение значений БВ над паспортным возрастом (ПВ), в пределах 5-10% может рассматриваться, как факт неблагоприятных адаптационных изменений у метеочувствительных лиц формирующихся под влиянием физических факторов окружающей среды. На основе вышеизложенного была проведена оценка влияния среднесуточных колебаний физических факторов окружающей среды на величину БВ у метеочувствительных лиц.

Исследования были проведены на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М ГОРЬКОГО. Был проведен анализ ряда физических факторов (температуры, влажности, скорости движения воздуха и атмосферного давления) по г. Донецк за ряд лет (2015-2019гг.). Полученные данные были представлены Государственной метеорологической службой Донецкой Народной Республики (форма ТСГ-1). Для оценки влияния физических факторов на биологический возраст человека, было проведено определение БВ у относительно здоровых лиц в возрасте от 45 до 70 лет, (из них 20 женщин и 10 мужчин), которые по результатам анкетирования были отнесены к группе метеозависимых. Определение биологического возраста (БВ) человека проводилось по цито-биофизической методике, разработанной профессором В.А. Шахбазовым. Данный метод представляет собой экспресс-метод определения БВ человека по изменению показателей электрокинетического потенциала ядер нативных буккальных эпителиальных клеток. Прибор для определения БВ «БИОТЕСТ-1М» включает измерительное устройство, плоскую камеру с двумя платиновыми электродами, электронный стабилизатор, и коммутатор. Подготовленный для электрофореза материал размещался на предметном столике микроскопа. После включения прибора, подсчитывалось количество пассивных и активных клеток. На основании процента электроотрицательных ядер, по таблице определялся БВ человека.

В результате проведенных исследований было выявлено превышение показателей БВ над ПВ в группе у метеозависимых женщин на $4,5 \pm 0,3$ лет и у мужчин на $5,8 \pm 0,4$ лет. Таким образом, было установлено негативное влияние физических факторов на функциональное состояние метеочувствительных лиц проживающих в индустриальном регионе.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Талёб Аль Каравани Я.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЕКТА В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЧЕЛОВЕКА

Количественный и качественный анализ многомерных медико-биологических данных, полученных в результате электрофизиологических исследований, может быть проведен только с помощью применения компьютерных программ анализа данных. В последние годы при анализе многомерных биомедицинских данных успешно применяется метод нейросетевого моделирования. Нейронные сети представляют собой нелинейные системы, позволяющие более качественно проводить анализ, чем линейные методы. В предыдущих научных исследованиях, выполненных на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.ГОРЬКОГО», нами была разработана модель диагностики ФС на основе прогноза биологического возраста (ПБВ) человека с использованием программы Statistica Neural Networks. Эта модель представляет персептрон с одним скрытым слоем. В модель ПБВ человека вошло 7 показателей: возраст, масса тела, индекс Кетле, артериальное систолическое и диастолическое давление, среднее артериальное давление, интегральный стабилметрический показатель – L/S. Для оценки функционального состояния (ФС) человека была разработана соответствующая классификация состояний. Исследованиями была проведена биологическая верификация разработанной модели у пациентов с разными хроническими заболеваниями, которые состояли на диспансерном учете и один раз в полугодие проходили курсы реабилитации. Полученные результаты подтвердили клиническую эффективность полученной модели.

Для повышения эффективности применения модели диагностики ФС в практическом здравоохранении нами была разработана компьютерная программа «ProBioAge». Для осуществления прогноза биологического возраста человека (БВ) человека полученные результаты исследований, проведенные на базе медицинского учреждения (7 показателей), вводятся в данную компьютерную программу. На основе этих показателей программа в автоматизированном режиме проводит расчет ПБВ человека. При этом на экран программы выводятся результаты расчетов. В первой строке записывается значение показателя ПБВ человека, во второй строке фиксируется величина отклонения ПБВ человека от его паспортного возраста (ПВ). Далее, на основе разработанных критериев оценки полученных данных, программа выводит на экран заключение о ФС человека. Если в результате расчетов текущее значение ПБВ человека $Y_{тек}$ будет больше критического $Y_{кр.}$, прогнозируется высокий риск ухудшения ФС. Если текущее значение ПБВ человека $Y_{тек}$ будет меньше, чем $Y_{кр.}$, прогнозируется низкий риск ухудшения ФС. Если у пациента был выявлен высокий риск ухудшения ФС, то ему рекомендуется пройти углубленное медицинское обследование. В таком состоянии человек не допускается к выполнению профессиональной деятельности, которая связана с риском для своей жизни и окружающих людей. Например, водитель такси или автобуса не может получить разрешение на осуществление своей деятельности до момента коррекции ФС и проведения контрольных исследований с расчетом показателя ПБВ. Периодичность проведения этих исследований зависит от профессиональной деятельности человека. Например, методика оценки ФС предполагает ежедневный контроль состояния водителей общественного транспорта и проводится перед каждым выездом водителя на маршрут. Медицинский контроль ФС водителей общественного транспорта с применением разработанной технологии позволяет значительно снизить риски автомобильных аварий и, соответственно, уменьшить уровень травматизма и смертности на дороге.

Габитова Н.Х., Парамонова Я.К.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань

ОБОСНОВАННОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ЗАМЕНИТЕЛЕЙ ГРУДНОГО МОЛОКА В ПАЛАТАХ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА

В руководстве ВОЗ и ЮНИСЕФ 2018 г. «Охрана, поддержка и поощрение практики грудного вскармливания в медицинских организациях, оказывающих услуги матерям и новорождённым» декларируется «не давать новорожденным, получающим грудное вскармливание, никакого питания или питья кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями».

Цель. Оценить обоснованность назначения заменителей грудного молока детям, находящимся в палате совместного пребывания матери и ребёнка.

Проведено анкетирование и опрос 109 родильниц, в палатах «мать и дитя», родильного отделения ГАУЗ ГКБ № 7 и ПЦ МЗРТ г.Казани.

При оценке анкетных данных установлено, что исключительно грудное вскармливание получали 53 ребёнка (48,62%). Все новорождённые этой группы были приложены к груди в первый час после рождения, включая родильниц после оперативных родов. Становление лактации у данной категории женщин отмечено к концу 2-х началу 3-х суток после родов. Потеря массы тела в данной группе новорождённых не превышала физиологически допустимых значений и составила $6,6 \pm 0,8\%$. Начало восстановления массы тела отмечено на 2-е – 3-и сутки жизни. 56 (51,38%) новорождённых получали молочную смесь в 1-2 сутки после рождения. 25 (43,9%) детям в данной группе молочная смесь назначалась в виде докорма. Основной причиной назначения врачами докорма указывалась недостаточная лактация (42%). Оценка лактации в данной группе новорождённых по результатам контрольного взвешивания не проводилась, что свидетельствовало о необоснованности назначения молочной смеси. 7,5% (6) новорождённых были приложены к груди на 2-е сутки после рождения в виду маловесности или неудовлетворительного состояния матери. В большинстве случаев (32%) женщины самостоятельно обращались за смесью по причине беспокойства ребёнка или недостаточного количества молока. Кратность применения смеси у детей колебалась от 3-х до 5 раз в сутки. Известно, что новорождённые, получающие какое-то питание кроме грудного молока, не так энергично сосут грудь, что обуславливает недостаточную стимуляцию выработки грудного молока. Использование бутылочек с сосками для кормления мешает ребёнку научиться сосанию груди. Кормление новорождённых первых дней жизни молочной смесью может привести к развитию искусственно обусловленной лактазной недостаточности, проявляющейся беспокойством, срыгиваниями, вздутием живота, а белок коровьего молока в искусственных смесях способен вызывать антигенную реакцию у детей, подверженных аллергии. При анализе анкетных данных получено, что срыгивания у детей, получающих докорм, были в 2,5 раза чаще, по сравнению с детьми, находящимися на исключительно грудном вскармливании, а прилив молока у женщин, докармливающих своих детей смесью, происходил на 1-2-дня позже. Медицинские показания к назначению докорма встречались только в 11% случаев. Эти показания определялись: патологической убылью массы тела – 5,3%, трудностью с прикладыванием к груди – в 5,3%, антибактериальной терапией матери – 1,8%.

Выводы. В родильных домах недостаточно поддерживается политика грудного вскармливания, нарушаются принципы ВОЗ по поддержке грудного кормления. Для оптимизации и практического осуществления успешного грудного вскармливания необходимо обучение сотрудников родовспомогательных организаций навыкам поддержки и поощрения грудного вскармливания. Их советы и рекомендации относительно пользы грудного вскармливания особенно важны при принятии матерями решения, как кормить своих детей.

Гавликовская Л.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ

В наше время резко возросло количество жертв чрезвычайных ситуаций (стихийных бедствий, крупномасштабных аварий и катастроф, локальных войн), серьёзных конфликтов в обществе и микросоциуме привело к увеличению распространённости острых стрессовых расстройств (ОСР) среди населения.

Острое стрессовое расстройство – тревожное расстройство, в котором страх и сопутствующие симптомы возникают вскоре после травматического события и длятся меньше месяца.

Факторы, которые являются причиной неотложного состояния: травматические события, связанные с переживанием страха, ужаса или беспомощности.

ОСР наиболее часто возникают сразу же вслед за подверженностью стрессору (максимум, в течение одного часа) и могут проявляться в двух вариантах – возбуждения (страх, нервная дрожь, плач, агрессия, истероидная реакция, бред, галлюцинации) и торможения (апатия, ступор).

Задачи первой помощи при остром стрессовом расстройстве:

1. Снижение негативного воздействия окружающей обстановки.
2. Уменьшение телесных и душевных страданий.
3. Снижение психической напряженности.
4. Повышение уверенности, настрой пострадавшего на преодоление трудностей и благополучный исход.

Основные принципы оказания первой помощи при остром стрессовом расстройстве :

1. Уверенность в своих действиях.
2. Запрет на критику в отношении действий других участников ликвидации последствий стресса.
3. Оказание психологической поддержки, взаимопомощи в совместной работе – «работа в команде».
4. Создание для пострадавших «психологически комфортной» среды, с привлечением к сотрудничеству родственников, знакомых, окружающих людей.
5. Полное принятие всех реакций пострадавшего, проявление тактичности, корректности.
6. Общение с пострадавшим на простом, понятном ему языке, с учетом возрастных, социально – психологических и культурных особенностей.

Оказание помощи начинается с установления контакта с пострадавшим.

Рекомендуется выполнять основные правила:

- * подходить к пострадавшему спереди;
- * находиться с ним на одном уровне;
- * осуществлять легкий телесный контакт: допускается прикосновение к руке или плечу (контакт с головой, или другими частями тела не рекомендуется!);
- * поприветствовать, общаться с использованием имени.

Алгоритм оказания первой помощи при остром стрессовом расстройстве:

1. Во время следования к месту оказания первой помощи при остром стрессовом расстройстве сконцентрироваться, продумать и представить последовательность своих действий.
2. По прибытии оценить обстановку, определить выраженность острых реакций на происшествие и очередность оказания помощи.
3. Обеспечить пострадавшему атмосферу психологической безопасности.
4. По возможности, напоить пострадавшего горячим сладким чаем.
5. Установить легкий телесный контакт с пострадавшим – взять его за руку, положить свою руку ему на плечо.
6. Дать пострадавшему почувствовать, что вы рядом, усиливать его уверенность в благополучном исходе. Не оставлять его одного.
7. Активно слушать, дать пострадавшему возможность выговориться.

9. В случае отсутствия эффекта от проведенных мероприятий, дать пострадавшему настойку валерианы или пустырника, либо таблетку феназепам.

10. Обращаться с пострадавшим доброжелательно, вежливо и корректно

11. Передача медицинским работникам пострадавших, физическое состояние которых вызывает опасения, оказание помощи пострадавшим с острыми стрессовыми реакциями, характеризующимися эффектом заражения (истероидная реакция, агрессия, психомоторное возбуждение).

Вывод: оказание неотложной помощи при остром стрессовом расстройстве пострадавшему сразу после происшествия может значительно ослабить проявления острой реакции на стресс и послужить эффективной профилактической мерой для предотвращения отсроченных посттравматических расстройств здоровья и изменений личности.

Гаврилова О.Ф.

ГБУЗ РК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации» г. Евпатория

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ КАТЕХОЛАМИНОВЫХ ГОРМОНОВ В МОЧЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Целью проведенного исследования явилось изучение особенностей функционирования симпатико-адреналовой системы у детей с малыми аномалиями сердца под влиянием санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 52 ребёнка с малыми аномалиями сердца (МАС): 15 – с дополнительной хордой, 27 – с пролапсом митрального клапана, 10 – с пролапсом митрального клапана и дополнительной хордой. Возраст детей от 10 до 12 лет. Комплекс санаторно-курортного лечения включал адекватный санаторно-курортный режим (I или II), сбалансированное питание, климатолечение, бальнеолечение. Определение функциональной активности симпатико-адреналовой системы организма проводили методом изучения уровня экскреции катехоламиновых гормонов (адреналина и норадреналина) в порционной моче.

Результаты исследований. В группе детей с МАС (дополнительная хорда) до лечения уровень адреналина в моче был несколько повышен до $3,0 \pm 0,2$ нг/мин, содержание норадреналина оказалось сниженным ($2,0 \pm 0,1$ нг/мин). При индивидуальном анализе повышение адреналина отмечалось у 65% больных детей, а норадреналин был снижен у 82% обследованных детей. После санаторно-курортного лечения содержание адреналина в моче нормализовалось у 100% детей с дополнительной хордой, уровень норадреналина – у 73% детей по сравнению с 18% до лечения. В группе детей с пролапсом митрального клапана до лечения адреналин в моче был в пределах верхней границы нормальных величин $2,4 \pm 0,1$ нг/мин, содержание норадреналина определялось ниже возрастных норм $1,9 \pm 0,1$ нг/мин. При индивидуальном анализе адреналин был повышен лишь у 33% детей, а норадреналин снижен у 69% обследованных детей. После санаторно-курортного лечения количество адреналина в моче оказалось нормальным у 85% детей. Уровень норадреналина нормализовался у 50% детей по сравнению с 31% до лечения. В группе детей с пролапсом митрального клапана и дополнительной хордой при поступлении на санаторно-курортное лечение по среднестатистическим данным содержание адреналина в моче было повышенным ($3,4 \pm 0,1$ нг/мин), а уровень норадреналина сниженным ($2,1 \pm 0,1$ нг/мин). При индивидуальном анализе адреналин был повышен у 81%, а норадреналин снижен у половины обследованных больных. После курса лечения уровень адреналина нормализовался у 100% детей, а количество норадреналина в моче осталось ниже нормальных величин у 41%.

Выводы. Симпато-адреналовая система является важнейшим компонентом механизма нейрогуморальной регуляции функций организма, а также отвечает за его адаптационно-приспособительные возможности. До лечения у детей с малыми аномалиями сердца отмечались некоторые нарушения в функционировании симпатико-адреналовой системы организма, которые характеризовались повышенной активностью адренэргического звена, то есть повышенным содержанием адреналина, и снижением активности надпочечникового медиаторного звена, то есть уровня норадреналина в моче.

Санаторно-курортное лечение оказало благоприятное влияние на изменённые показатели симпатoadреналовой системы детей с МАС. Однако следует отметить, что в большей степени нормализовались показатели симпатoadреналовой системы (уровни катехоламиновых гормонов в моче) после курса лечения в группе детей с дополнительной хордой.

Гажва С.И., Белоусова Е.Ю., Князук Е.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, г. Нижний Новгород

ВЛИЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ САНАЦИИ НА УРОВЕНЬ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С РАС

Актуальность. В настоящее время наблюдается мировая тенденция к росту детского населения с ограниченными возможностями здоровья, среди которых значительная часть с расстройствами аутистического спектра (РАС).

Известно, стоматологическая заболеваемость у детей с РАС достигает 95-98% , на фоне снижения иммунной защиты за счет увеличения антигенной нагрузки одонтогенной инфекции в полости рта . Кроме того, объём выполненных стоматологических вмешательств к преждевременному удалению зубов временного и постоянного прикуса. Новые перспективы в достижении санации полости рта открывают малоинвазивные органосохраняющие техники, роль которых в сбалансированности факторов местного иммунитета до конца не изучена.

Цель исследования. Изучить состояние местного иммунитета полости рта у детей с расстройствами аутистического спектра в динамике до и после лечения.

Материалы и методы исследования.

Методы исследования: клинический, лабораторный, статистический, аналитический.

Для изучения особенностей местного иммунитета полости рта было отобрано 50 детей обоего пола в возрасте от 7 до 12 лет, которые были разделены на 2 группы:

I группа (основная)- 30 пациентов с расстройствами аутистического спектра обоего пола в возрасте 7-12 лет , которым была проведена стоматологическая санация .

II группа (контрольная) – 20 детей с расстройствами аутистического спектра обоего пола в возрасте 7-12 лет, без стоматологической санации.

Пациентам обеих групп проводили визуальный осмотр, индексную оценку состояния полости рта , профессиональную гигиену полости рта, санацию полости рта. Для изучения состояния местного иммунитета полости рта использовали коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета (КСб), который включает в себя сывороточные иммуноглобулины G ,A , лизоцим

Результаты исследования и их обсуждение.

После специальной психо-эмоциональной подготовки детей к стоматологическому лечению проведена санация полости рта с использованием малоинвазивных техник (использование наконечника рондофлекс для препарирования твердых тканей зубов, биодентин для прямого покрытия пульпы первых моляров с несформированными корнями, профессиональной гигиены полости рта), которая способствовала снижению значения коэффициента КСб у пациентов I группы с 21 до 4,8 , на фоне повышения секреторного иммуноглобулина А до 30 мг/л.

Гажва С.И., Горбатов Р.О., Якубова Е.Ю., Манукян А.Г., Янышева К.А., Лакеева И.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, г. Нижний Новгород

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КАППЫ ДЛЯ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ПРЕПАРАТОВ В ЗОНУ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА РАЗЛИЧНОЙ ПРИРОДЫ

Актуальность. Одной из наиболее распространённых проблем заболеваний полости рта долгие годы остается патология твердых тканей зубов сформировавшиеся как до, так и после прорезыва-

ния [1] (диагностирована у 98% населения мира [2]), которая до конца не разрешена. Новые перспективы для современных ученых и специалистов стоматологического профиля открывают органосохраняющие, минимально инвазивные цифровые технологии [3]. Анализ теоретических знаний и результатов научных исследований отечественных и зарубежных публикаций подтвердил, что не только при кариозном процессе, но и начальных стадиях клиновидного дефекта (некариозные поражения эмали) в очаге поражения твердых тканей зуба диагностируется деминерализация эмали [2]. Это позволяет рассматривать воздействие на патологический процесс кариозных и некоторых форм некариозных поражений эмали с позиции патогенетического механизма его возникновения, строить лечение патологий на принципах реминерализации [2]. Цель: разработать технологию изготовления индивидуальной каппы для введения лекарственных форм в очаг поражения твердых тканей зуба с помощью аддитивных технологий. Задачи: 1. Разработать концепцию патогенетического подхода к выбору лечения, на основе изучения микроструктурных трансформаций твердых тканей зубов при различных патологических процессах и анализа элементного состава в условиях эксперимента. 2. Разработать технологию создания индивидуальной каппы для патогенетического лечения патологии твердых тканей зубов и апробировать ее в клинической практике. Материалы и методы: Электронная микроскопия 45 шлифов зубов с наличием кариозных и некариозных поражений в пределах эмали. Сравнительное групповое исследование 40 индивидуальных макетов челюстей, изготовленных с помощью 3D-принтинга. Исследования выполнены с использованием: SLA 3D-принтера Form Labs Form 2 (USA), 3D-сканера Shining 3D, электронного микроскопа Quanta 200i 3D FEI с системой энергодисперсионного микроанализа. Результаты: микроструктурные изменения в твердых тканях при начальной форме кариеса, клиновидного дефекта, представляют собой трещины по ходу эмалевых призм, увеличение межпризменного пространства, деминерализацию и деструкцию. Трансформации в элементном составе эмали, показывают увеличение оксигенации в 1,2 раза, снижение содержания фтора в 1,4 раза, смещение кальций-фосфорного коэффициента до значений, препятствующих запуску реминерализации эмали 1: 0,7. Полученные данные легли в основу разработки технологии прецизионной каппы для персонифицированной терапии твердых тканей зубов. Сравнительное групповое исследование индивидуальных макетов челюстей, изготовленных с помощью 3D-печати, позволило не только подтвердить прецизионное соответствие трехмерной модели (точность более 1 мм), но и предложить новый способ лечения. Вывод: таким образом разработанная технология изготовления индивидуальной каппы позволяет адресно доставлять лекарственный препарат в очаг поражения твердых тканей зубов, избегая агрессивного вмешательства в их структуру, предупреждая переход нозологии в более тяжелую форму и является экономически конкурентным методом. Список литературы: 1. Гажва, С. И. Противокариозная эффективность фтора при различном исходном уровне местного иммунитета полости рта: специальность 14.01.14 «Стоматология»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Гажва Светлана Иосифовна. – Казань, 1991. – 18 с. – EDN YMGNBV. 2. Использование зубных паст для лечения гиперестезии дентина (обзор) / С. И. Гажва, Н. Н. Шурова, Т. А. Киптилова, Д. А. Еремеева // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 3. – С. 51. – EDN PAADJH.

3. Аствацатрян, Л. Э. Современные аспекты использования 3D-технологий в изготовлении съёмных зубных протезов / Л. Э. Аствацатрян, С. И. Гажва // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. – С. 194. – EDN ZQNICF.

Гажва С.И., Лазаренко С.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, г. Нижний Новгород

КРИТЕРИИ УСТАНОВКИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТОВ С УЧЁТОМ АНАТОМИЧЕСКИХ ОРИЕНТИРОВ

Актуальность: Дентальная имплантация – это восстановление функциональности зубочелюстной системы хирургическим методом, которая является основным этапом подготовки к ортопедическому лечению. По ВОЗ примерно 80% населения страдают частичной потерей зубов. Пациенты с этой патологией требуют вмешательства стоматологов.

Цель: Установить критерии эффективности установки имплантатов, определить архитектуру кости и теоретически освоить методики постановки имплантата.

Метод исследования: На основе систематического анализа различных исследований зарубежных статей и авторов взятых из библиотек – National Library of Medicine (USA), PubMed и MEDLINE за период с 2018 по 2022г. по ключевым словам «Dental implantology», «Bone structure», «Setting technique» были выявлены и структурированы факторы и методы влияющие на точность постановки имплантатов в современной стоматологии.

Результаты: Были проанализированы иностранные исследований, из которых следует :

Общий хирургический протокол включает:

1) Обеспечение оперативного доступа к альвеолярному отростку. 2) Препарирование костного ложа. 3) Установка имплантата. 4) Закрытие операционной раны

Достаточный объем костной ткани. Имплантат со всех сторон должен быть окружен жизнеспособной костной тканью толщиной не менее 1,0-1,5мм. Двухэтапные винтовые и цилиндрические имплантаты диаметром 3,3 и 4,0мм при толщине альвеолярного отростка более 5,0-6,0мм соответственно, одноэтапные винтовые имплантаты диаметром 2,8- 3,0мм более 4,0 мм, пластинчатые имплантаты – при толщине альвеолярного отростка более 3мм.

Глубина установки имплантата: Имплантат следует устанавливать в так называемой «зоне комфорта». Чем глубже установленный имплантат, тем сложнее ортопедический этап. Платформа имплантата должна располагаться на 3-4 мм апикальнее вестибулярного края десны.

Наклон Имплантата: Правильная установка имплантата должна быть рассчитана во всех трёх плоскостях. Имплантат должен находится в «Золотой середине». Слишком апикальное расположение – введёт к избыточному ремоделированию кости и апикальному смещению мягких тканей. Вестибулярное положение – к рецессии вестибулярной десны, нёбное положение не даёт ортопедам выставить эстетический параметр.

При расчете количества устанавливаемых имплантатов: расстояние между имплантатами и между имплантатами и соседними зубами должно быть не менее 3 мм.

Под термином «архитектура кости» подразумевается количественное соотношение структурных элементов компактного и губчатого слоев кости с учетом плотности трабекулярной сети губчатого слоя. Чем больше структурных элементов приходится на единицу объема кости, тем выше ее плотность и вероятность достижения остеоинтеграции. Приблизительное соотношение компактного и губчатого слоев альвеолярных отростков составляет 1:1 для н.ч и 1:3 для в.ч

Признаки надежной остеоинтеграции: 1) Плотный контакт с костной тканью 2) отсутствие признаков воспаления 3) отсутствие признаков разрежения костной ткани на рентгеновском снимке; 4) неподвижность имплантата.

Зубодесневой угол и контур прорезывания: Внутри- и придесневой контур реставрации с опорой на имплантат должен обеспечивать достаточную поддержку прилегающим мягким тканям по всей окружности. В среднем зубодесневой угол колеблется в пределах 10-20°.

Задача создания оптимального контура прорезывания реставрации направлен на постановку и выставление правильного положения самого имплантата.

Вывод: Дентальная имплантация является самой развивающимся направлением хирургической стоматологии. По данным применение современных позволяет добиться успешной интеграции имплантатов в 98% случаев, а срок службы в среднем 15-20 лет.

Гайнетдинова Д.Д., Афандиева Л.З.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ-А (TNF-А) У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА (ДЦП).

Широкое внедрение передовых достижений современной медицины, постоянное совершенствование акушерских пособий, повышение качества оказываемой медицинской помощи на ранних этапах

привели к существенному снижению смертности новорожденных и, одновременно, к росту показателей неврологической заболеваемости у детей, среди которых ДЦП занимает первое место. В настоящее время немаловажное значение отводится цитокиновому механизму в патогенезе гипоксических поражений нервной системы. Большинство исследований посвящено изучению роли провоспалительных цитокинов при отсутствии однозначной оценки диагностической и прогностической значимости противовоспалительных цитокинов. В связи с этим, поиск маркеров, разработка критериев прогнозирования реализации патологических состояний, оценки эффективности лечения этих поражений может иметь весомое значение в снижении частоты и тяжести неврологических проявлений, а также инвалидизации детей.

Цель работы: оценить уровень TNF- α в сыворотке крови и слюнной жидкости у детей со спастическими формами.

Материал и методы: проведено комплексное обследование 50 детей с ранней резидуальной стадией ДЦП в возрасте от 2 до 4 лет. В основную группу включены дети с двойной гемиплегией – 16 чел., спастической диплегией – 23 чел., гемипаретической формой – 11 чел. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей аналогичного возраста. В зависимости от структурно-морфологических изменений перивентрикулярной области (ПВО) при нейровизуализации дети распределены на 3 группы: первую группу составили 15 детей с признаками перивентрикулярной лейкомаляцией (ПВЛ), вторую – 10 детей с кистами на противоположной гемипарезу стороне до 4-6 мм в диаметре, третью – 25 детей с ДЦП без каких-либо нейровизуализационных находок в головном мозге, в том числе и в ПВО. Количественное определение TNF- α в сыворотке крови и слюнной жидкости изучалось методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием набора реактивов « α -ФНО-ИФА-Бест» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием статистического модуля программы «Excel». Достоверность различий средних величин сравниваемых показателей оценивали по критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: анализ результатов, полученных нами при изучении содержания TNF- α , выявил достоверное повышение уровня TNF- α в сыворотке крови и слюнной жидкости у детей основной группы (соответственно, $8,27 \pm 6,45$ пг/мл и $27,74 \pm 15,23$ пг/мл) по сравнению с показателями контрольной группы (соответственно, $0,74 \pm 0,87$ пг/мл и $1,69 \pm 1,11$ пг/мл; $p \leq 0,05$). Наиболее высокий уровень TNF- α выявлен у детей со спастической диплегией и составил, соответственно, в сыворотке крови $11,7 \pm 7,79$ пг/мл, в слюнной жидкости – $25,4 \pm 12,65$ пг/мл ($p \leq 0,01$). Анализ содержания TNF- α в зависимости от наличия ПВЛ выявил достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня TNF- α сыворотки у детей с ПВЛ с исходом в ДЦП по сравнению с группой детей с ДЦП без признаков ПВЛ (соответственно $13,2 \pm 4,85$ пг/мл и $7,04 \pm 6,08$ пг/мл). Установлены взаимосвязи между уровнем исследуемого цитокина, как в сыворотке крови, так и в слюнной жидкости, определены их взаимоотношения с клинико-неврологическими показателями. Результаты исследования свидетельствуют об отчетливой взаимосвязи выработки TNF- α с патологией ПВО. Исходя из полученных данных, патология в ПВО может рассматриваться как текущий, возможно, иммунопатологический процесс, выступающий основополагающим звеном процессов демиелинизации нервных волокон и иммунного цитолитического эффекта в нейронах различных структур головного мозга, инициированный внутриутробной гипоксией и продолжающейся в ранней резидуальной стадии ДЦП.

Таким образом, нейроиммунологические параметры сыворотки крови и слюнной жидкости могут быть использованы в качестве критериев диагностики тяжести поражения ЦНС, характера структурно-морфологических изменений ткани головного мозга и прогнозирования церебральных нарушений у детей с ПВЛ с исходом в ДЦП.

Гапон М.Н., Логинов И.А., Тагиров З.Т.

ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора, г. Ростов-на-Дону, Россия

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ БЛАГОПОЛУЧНОМУ ИСХОДУ БЕРЕМЕННОСТИ

Высокая смертность от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в родовспомогательных учреждениях, заставляет искать пути эффективной борьбы за жизнь и здоровье матери и ребенка. Причиной распространения инфекции в стационарах является высокая концентрация в них людей со сниженной иммунореактивностью, к которым справедливо относят лиц с дисбиозом кишечника. Селекция антибиотикорезистентных штаммов, многочисленные пассажи через восприимчивые, иммунокомпрометированные организмы усиливают рост патогенного потенциала бактерий и осложняют борьбу с ними.

В связи с этим, проведено исследование состояния местной неспецифической резистентности в копрофильтратах, состава микробиома толстой кишки новорожденных и их матерей на разных сроках гестации до и после проведения биокоррекции.

Исследования проводили традиционными бактериологическими методами в соответствии с Приказом Минздрава СССР № 535 от 22.04.1985; ОСТ 91500.11.0004-2003; методическими рекомендациями 2007; иммуноферментным анализом (ИФА) с использованием тест-систем ИФА-БЕСТ; биохимическим методом в модификации Андреевой Л.И.(1988).

Результаты исследования показали, что в динамике беременности возрастает количество условно-патогенной микрофлоры (УПМ), присутствие которой является прямой угрозой распространения ИСМП в роддомах. Наряду с ростом их численности, отмечалось увеличение количества МДА, являющегося критерием оценки состояния как перекисного окисления липидов (ПОЛ), усиливающего эндотоксикоз беременных, так и показателем деструкции клеточных мембран. Параллельно наблюдаемый рост уровня γ -ИФН, способствовал открыванию замыкательных пластин в стенках толстой кишки и транслокации УПМ в атипичные для них места обитания. Так, у 64,8% беременных с подтвержденным диагнозом хронического тонзиллита отмечена транслокация золотистого стафилококка из небных миндалин в кишечник, а представителей условно-патогенной микрофлоры (клебсиелл, энтеробактеров, кишечной палочки, псевдомонад, протеев, кандид) из кишечника в глотку. У детей, родившихся от беременных инфицированных УПМ, в большинстве случаев (83%) определялись идентичные материнским видам микроорганизмы. Родственность выделенных штаммов подтверждалась путём определения их резистентности к антимикробным препаратам.

Проводимая на разных сроках гестации коррекция нарушенной микробиоты толстой кишки беременных, показала положительный эффект лишь в первой половине беременности, когда содержание МДА составляло от 0 до 4 нмоль/мл и соответствовало 1-2 степени дисбиотических нарушений. Проводимая в 3-4 триместре беременности биокоррекция не имела достоверно положительного результата, что связано с высоким уровнем МДА (более 4 нмоль/мл) и γ -ИФН (более 100 пг/мл). В ряде случаев отрицательные результаты по восстановлению микробного равновесия были связаны с необязательностью пациенток по выполнению рекомендаций. В связи с этим, необходимо проводить разъяснительную работу среди беременных женщин об опасности равнодушного отношения к своему здоровью и к советам специалистов.

Выявление условно-патогенной микрофлоры с последующей биокоррекцией у женщин до беременности и на ранних сроках гестации будет являться профилактикой осложнений, связанных с ИСМП в родовспомогательных учреждениях и способствовать благополучному исходу беременности.

Гармаш О.И., Витринская О.Е., Актачинская Ш.Р., Гаврилова О.Ф.

ГБУЗ РК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации» г. Евпатория
ГБУ РК «Клинический санаторий для детей и детей с родителями «Здравница», г. Евпатория

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ КОМПЛЕКСОВ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

В последние десятилетия возросла значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, профилактики и лечения гинекологических заболеваний в детском возрасте, при этом число абсолютно здоровых девочек снизилось с 28,6% до 6,3%. А около 7% девочек и подростков нуждаются в оперативном лечении по поводу гинекологических заболеваний. Распространенность опухолей и опухолевидных образований яичников у девочек варьирует от 0,5 до 13,3%. Медицинская реабилитация этой категории больных – это поэтапное решение задач по восстановлению и поддержанию физического, а также будущего репродуктивного здоровья девочек.

Целью работы была разработка дифференцированных лечебных комплексов с учетом данных клинико-лабораторных, функциональных показателей и данных ультразвукового обследования для девочек, перенесших гинекологические операции. Результаты проведенных исследований по изучению клинико-лабораторных данных у 163 девушек, которые перенесли гинекологические операции при поступлении на санаторно-курортное лечение позволили установить, что операция по поводу кисты проведена в 74,5% больных девушек, по поводу истинной опухоли в 8,6% лиц. Основной жалобой при поступлении в санаторий были боли внизу живота (67,1%), нерегулярные менструации с болью (30,0%), отсутствие менструаций (11,4%). По данным ультразвукового исследования у большинства девочек отмечен спаечный процесс в малом тазу (55,7%), кистозные изменения в яичниках наблюдаются в 17,1% девочек, аднексит в 4,3% лиц. По данным кольпоцитологического исследования гормональная функция яичников после гинекологических операций сохранена у 69,5% девочек, снижение эстрогенной функции определяли у 9,3% девочек, прогестероновой 8,5%, снижение гормональной функции разной степени вплоть до полного отсутствия у 12,7%. Проведенное изучение состояние гормонального звена у 10 девочек после гинекологических операций при индивидуальном анализе показателей в зависимости от фазы цикла (фолликулиновая или лютеиновая фаза) показало, что содержание гонадотропных гормонов были в пределах нормальных значений у большинства девочек (62,5%). Чаще всего наблюдались изменение содержания прогестерона, как повышение, так и снижение у 40% больных. Содержание пролактина было в пределах нормы у 90% больных. Анализ соотношения ЛГ/ФСГ показал, что уровень нормы был только у половины девочек, в остальных случаях наблюдалось значительное снижение соотношения менее 0,5. Известно, что если соотношение ЛГ/ФСГ менее 0,5, то это может способствовать нарушению созревания яйцеклетки. До лечения исследования катехоламиновых гормонов по экскреции КА показали повышенный уровень адреналина (3,3 нг/мин) и сниженное содержание норадреналина (2,1 нг/мин).

Проведенные исследования клинико-лабораторных показателей у девочек, перенесших гинекологические операции, определили назначение лечебных методик с учетом сроков после операции и наличия спаечного и воспалительного процесса в малом тазу: 1) Для девочек с наличием спаечного процесса в малом тазу в ранний период до 1 года применяли фонофорез гидрокортизона и микроклизмы с шалфеем. 2) В более отдаленном периоде лазеро- или магнитотерапия через день и микроклизмы с шалфеем. 3) При наличии наряду со спаечным процессом воспалительных заболеваний яичника терапию дополняли противовоспалительным фактором низкоинтенсивным лазерным излучением. 4) При нарушении менструального цикла в послеоперационный период применяли трансцеребральный электрофорез раствора пираретама, лазеро- или магнитотерапия через день, местные ванны с шалфеем. После проведенного лечения отмечалось улучшение самочувствия девочек во всех группах, во время лечения обострений заболевания не наблюдалось. Жалобы на боли внизу живота отсутствовали у всех девочек. Уменьшились проявления спаечного процесса во всех группах, воспалительного процесса в яичниках, меньше наблюдалось нарушений менструального цикла в группе больных, получавших трансцеребральный электрофорез раствора пираретама, лазеро- или магни-

терапии. При этом менструации были необильными, безболезненными, уменьшалось количество дней менструации. Данные клиничко-функционального улучшения подтверждены отдаленными результатами при повторном поступлении на санаторно-курортное лечение спустя год. Положительный эффект в виде уменьшения болей внизу живота, уменьшения проявления спаечного процесса в малом тазу сохранялся у трети девочек после 1 курса и половины девочек после 2 курса лечения. После первого курса санаторно-курортного лечения 60% девочек отмечали нормализацию менструального цикла в течение года. Проведенное исследование применения лечебных комплексов в санаторно-курортном лечении девочек, перенесших гинекологические операции, показали эффективность по данным клиничко-лабораторных показателей. Предлагаемый алгоритм лечебных методик в комплексном санаторно-курортном лечении девочек, перенесших гинекологические операции, с учетом дифференцированных показаний (наличие спаечного процесса в малом тазу, сроков после операции, наличия воспалительного процесса в яичниках, нарушений менструального цикла) к их назначению, позволяет оптимально и эффективно использовать имеющиеся лечебные немедикаментозные ресурсы и достичь стойкого улучшения клиничко-лабораторных и функциональных параметров.

Геворкян Р.Р.

ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко», г. Симферополь

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ УРОВНЕЙ ВИТАМИНА D С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Стрессовое недержание мочи (СНМ) является актуальной медико-социальной проблемой и наиболее распространенным типом инконтиненции. Возникновение симптомов СНМ обусловлено ослаблением мышц тазового дна и дисфункцией сложных мышечно-связочно-кожно-фасциальных взаимодействий, и часто связано с наступлением менопаузы у женщин. Среди возможных причин развития СНМ следует рассмотреть дефицит витамина D (25(OH)D).

Целью работы было выявление корреляционных зависимостей между сывороточными уровнями 25(OH)D и выраженностью клинических проявлений СНМ.

Материал и методы. Всего было обследовано 150 женщин в постменопаузе, страдающих СНМ. Группу контроля составили 57 относительно здоровых женщин аналогичного возраста. Всем пациентам исследовали сывороточные концентрации витамина D методом иммуноферментного анализа. Степень выраженности отдельных клинических проявлений недержания мочи, и их влияние на качество жизни больных оценивали на основании данных основного и дополнительного опросника для оценки недержания мочи – соответственно The Overactive Bladder Questionnaire Short Form (OAB q SF) и The Overactive Bladder Questionnaire (OAB q). Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено наличие отрицательной корреляционной зависимости ($r_s = 0,349$; $p < 0,05$) между сывороточным содержанием 25(OH)D и дискомфортом, связанным с произвольными выделениями небольшого количества мочи (3-й вопрос основного опросника OAB q SF). Также выявлена отрицательная корреляция ($r_s = -0,457$; $p < 0,05$) между сывороточным уровнем витамина D и баллами полученными ими при ответе на 1-й вопрос дополнительного опросника «Вы вынуждены планировать, как быстро дойти до туалета в общественных местах?». Аналогичная отрицательная корреляционная зависимость была обнаружена между сывороточным уровнем витамина D и баллами, полученными женщинами с СНМ при ответе на 2-й вопрос дополнительного опросника «Вы чувствовали, что с Вами что-то не в порядке?» ($r_s = -0,366$; $p < 0,05$). Также установлена отрицательная корреляция ($r_s = -0,233$; $p < 0,05$) между сывороточной концентрацией витамина D и чувством неудовлетворенности от ночного сна (3-й вопрос дополнительного опросника). Выявлена отрицательная корреляционная зависимость ($r_s = -0,340$; $p < 0,05$) между содержанием в сыворотке крови 25(OH)D и необходимостью избегать любой деятельности, при которой недоступен туалет (5-й вопрос дополнительного опросника). Кроме того, была установлена отрицательная корреляционная зависимость

($r_s = -0,352$; $p < 0,05$) между балльной оценкой ухудшения качества жизни женщин, страдающих СНМ (сумма баллов дополнительного опросника OAB q), и сывороточным содержанием витамина D.

Выводы. Полученные данные отражают важную роль недостаточности витамина D в нарастающих симптомах СНМ и связанном с ним снижением качества жизни больных. Результаты проведенных исследований могут быть использованы для разработки персонализированных схем лечебно-профилактических мероприятий у женщин постклимактерического возраста с СНМ.

Геворкян Р.Р.

ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко», г. Симферополь

ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ 25(ОН)D В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Научные исследования последних двух десятилетий существенно расширили наши представления о роли витамина D (25(ОН)D) в организме человека. Установлено, что дефицит 25(ОН)D ассоциируется с повышением риска и более тяжелым течением сердечно-сосудистой патологии, онкологических, аутоиммунных, аллергических и эндокринных заболеваний. Считается, что среди пожилого населения удельный вес лиц с дефицитом витамина D достигает 50-100%. Одной из частых проблем, с которыми сталкиваются женщины постменопаузального возраста, является стрессовое недержание мочи (СНМ). Поскольку рецепторы витамина D присутствуют в мышечной ткани человека, вполне вероятно, что низкий статус витамина D может способствовать снижению мышечной силы и развитию различных расстройств тазового дна, в том числе СНМ.

Цель работы – оценка частоты регистрации различных уровней витамина D в сыворотке крови у женщин постменопаузального возраста с СНМ.

Материал и методы. Всего было обследовано 150 женщин в постменопаузе, страдающих СНМ. Группу контроля составили 57 относительно здоровых женщин аналогичного возраста. Всем пациентам исследовали сывороточные концентрации 25(ОН)D методом иммуноферментного анализа. Нормальными показателями насыщенности витамином D сыворотки крови считались значения 30 нг/мл и более. Уровни 25(ОН)D от 20 до <30 нг/мл классифицировались как недостаточность витамина D, от 10 до <20 нг/мл соответствовали умеренному дефициту, менее 10 нг/мл – тяжелому дефициту витамина D. Сравнения доли проводили с помощью критерия χ^2 (анализ таблиц сопряженности – таблицы kхm) и углового преобразования Фишера с учетом поправки Йейтса. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Частота регистрации нормальных уровней витамина D в сыворотке крови женщин постменопаузального возраста с СНМ составила $12,7 \pm 2,7\%$ против $12,3 \pm 4,3\%$ в группе контроля ($p = 0,873$). Недостаточность витамина D в основной группе регистрировалась в $26,0 \pm 3,6\%$ случаев против $35,1 \pm 6,3\%$ в контрольной группе ($p = 0,273$). Умеренный дефицит 25(ОН)D наблюдался у $52,0 \pm 4,1\%$ женщин из группы исследования против $49,1 \pm 6,6\%$ в группе контроля ($p = 0,834$). Частота регистрации тяжелого дефицита витамина D в сыворотке крови женщин постменопаузального возраста с СНМ составила $9,3 \pm 2,4\%$ против $3,5 \pm 2,4\%$ в группе относительно здоровых женщин ($p = 0,232$). Полученные данные свидетельствуют об отсутствии различий в структуре значений витамина D у пациентов с СНМ и в контрольной группе ($p > 0,05$). При этом более чем у половины женщин в обеих группах зафиксировано наличие дефицита витамина D (менее 20 нг/мл). Следует отметить, что более высокий процент дефицита сывороточного содержания 25(ОН)D все же был отмечен в основной группе – $61,3\%$, против $52,6\%$ в группе контроля, хотя данные различия и не были статистически значимы ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, установлено, что у женщин в постменопаузальном периоде как у больных СНМ, так и у относительно здоровых, редко регистрируются нормальные значения витамина D в сыворотке крови (в $12,7\%$ и в $12,3\%$ случаев соответственно). При этом более чем у половины женщин в обеих группах зафиксировано наличие дефицита витамина D (менее 20 нг/мл). Полученные данные

полностью отражают общемировые тенденции чрезвычайно высокой распространенности дефицита витамина D среди лиц пожилого возраста.

Гейзер Т.В., Зятцева А.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СИНТЕЗ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ ПРОГНОЗ

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной высокой сердечно-сосудистой смертности. Статины являются первой линией лекарственных препаратов, улучшающих сердечно-сосудистый прогноз при стабильной ИБС. Данные препараты снижают уровень холестерина и атерогенных фракций липопротеинов, однако в то же время снижается синтез стероидных гормонов, что может негативно сказываться на функционировании различных органов и систем. Известно, что при снижении уровня эстрогена снижается их кардиопротекторный (КП) эффект и повышается риск развития нежелательных осложнений ИБС. В таком случае особо важным является изучение синтеза стероидных гормонов на фоне проводимой гиполипидемической терапии (ГЛТ) с целью предупреждения развития нежелательных последствий. И оценка возможности индивидуальной коррекции ГЛТ с учетом гормональной активности.

Материалы и методы. Анализ данных современных отечественных и зарубежных исследований, посвященных изучению патофизиологической взаимосвязи ГЛТ и дефицита стероидных гормонов.

Результаты. Важно отметить, что при выборе ГЛТ необходимо оценить характер гиперхолестеринемии, определить, является ли возможным наличие вторичной гиперхолестеринемии, обусловленной нарушением функции органов, не относящихся к сердечно-сосудистой системе. При осуществлении ГЛТ также необходимо учитывать следующие моменты. В результате снижения общего холестерина снижается синтез стероидных гормонов. Особо важным является снижение синтеза эстрогена. Данное утверждение связано с тем, что в норме эстроген способствует вазодилатации, снижает интенсивность течения реакций свободнорадикального окисления и также снижает уровень атерогенных липопротеидов. Кроме того, эстрогены оказывают антитромботическое действие. Известно, что при снижении синтеза эстрогена (в постменопаузе) в разы повышается сердечно-сосудистый риск, что обусловлено резким снижением КП эффекта данного гормона. Также следствием интенсивной ГЛТ является нарушение транспорта и синтеза других стероидных гормонов. Основной целью ГЛТ является снижение концентрации липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП, ЛПОНП), однако в результате последних исследований было выяснено, что для реализации биологической активации гормонов обязательным условием является их связывание с липопротеидами различной плотности. ЛПНП и ЛПОНП также являются необходимыми для нормального функционирования гормонов, однако наиболее важными являются липопротеиды высокой плотности (ЛПВП). Не связанные стероидные гормоны не проходят через клеточные мембраны, что препятствует их взаимодействию с цитозольными рецепторами и реализации их функций.

Выводы. Снижение синтеза стероидных гормонов надпочечников и нарушение их транспорта будет способствовать снижению адаптивных возможностей организма, а также артериальной гипертензии вследствие компенсаторного синтеза большего количества гормонов. Снижение синтеза половых гормонов будет способствовать раннему старению организма, снижению репродуктивной функции и снижению КП воздействия на миокард. Таким образом, снижение эстрогена будет способствовать прогрессированию ИБС и артериальной гипертензии, что приведет к необходимости повышения доз гипотензивных и вазодилатирующих лекарственных средств. Допустимо предположить, что для поддержания оптимального гормонального статуса целесообразным является применение омега-3-полиненасыщенных жирных кислот, прием которых можно совместить с применением других гиполипидемических средств. Вследствие приема омега-3-полиненасыщенных жирных кислот повысится уровень антиатерогенных ЛПВП, что, по всей вероятности, позволит поддержать оптимальный синтез и транспорт стероидных гормонов.

Гейзер Т.В., Зятцева А.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКИХ ДОЗ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Введение. Развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН) ассоциируется с высоким сердечно-сосудистым риском. Одним из наиболее значимых факторов риска развития ХСН является гиперлипидемия. Среди гиполипидемических препаратов на сегодняшний день наиболее широко используются статины, однако, согласно данным современных исследований, статины не рекомендованы к применению у пациентов с ХСН и сниженной фракцией выброса (ФВ), в качестве гиполипидемического средства рекомендованы к применению омега-3 полиненасыщенные жирные аминокислоты (ПНЖК). Особо актуальным является вопрос возможности повышения общепринятых доз омега-3 ПНЖК для достижения целевого уровня холестерина и оказания противоаритмического эффекта, что также является актуальным для пациентов с ХСН и сниженной ФВ.

Материалы и методы. Анализ данных современных отечественных и зарубежных литературных источников.

Результаты. По итогам масштабных исследований GISSI-HF (Effect of n-3 polyunsaturated fatty acids in patients with chronic heart failure) и CORONA (Controlled Rosuvastatin Multinational Trial in Heart Failure), было выявлено, что омега-3-ПНЖК показаны к применению у пациентов с ХСН и сниженной ФВ. Также было указано, что прием статинов при ХСН не оказывает значимого влияния на сердечно-сосудистый прогноз, не исключено, что в случае ХСН со сниженной ФВ статины могут оказывать негативный эффект. Также известно, что омега-3-ПНЖК в дозах 1 г/сутки не оказывают значимого гиполипидемического эффекта, при приеме 3-4 г/сутки отмечается более эффективное гиполипидемическое воздействие. Целесообразно рассмотреть возможность приема максимальных и сверхмаксимальных доз для достижения целевого уровня холестерина, триацилглицеридов. Кроме того, омега-3-ПНЖК являются перспективным противоаритмическим средством, что также является актуальным для больных с ХСН, так как данное заболевание характеризуется частым развитием аритмий, в том числе – жизнеугрожающих.

Антиаритмический эффект омега-3 ПНЖК объясняется влиянием данных веществ на метаболизм эйкозаноидов, мембранных фосфолипидов, миокардиальных неэстерифицированных жирных кислот, клеточный метаболизм (путем воздействия на инозитольный цикл), экспрессию ферментов, рецепторов и функционирование ионных каналов. Среди перечисленных эффектов наиболее значимым для регуляции аритмий является воздействие на метаболизм эйкозаноидов. Омега-3 ПНЖК ингибируют D-6 десатуразу, конкурируют с арахидоновой кислотой за sn-2 позицию в мембранах фосфолипидов, в результате снижается клеточный и плазменный уровень арахидоновой кислоты. Путем ингибирования циклооксигеназы снижается синтез тромбоксана A₂, образуется малоактивный тромбоксан A₃. Омега-3 ПНЖК являются субстратом синтеза простагландинов и лейкотриенов, данные вещества оказывают вазодилатационный и антитромботический эффект. Согласно литературным данным, снижение содержания арахидоновой кислоты достоверно коррелирует с уменьшением частоты внезапной смерти и возникновения фибрилляции желудочков.

Выводы. ХСН со сниженной ФВ ассоциируется с высоким сердечно-сосудистым риском, вследствие чего необходим постоянный контроль факторов, способствующих прогрессированию ХСН. Одним из значимых факторов является гиперлипидемия. С учетом низкой эффективности статинов и частого развития аритмий, допустимо предположить, что целесообразным является рассмотрение возможности применения омега-3 ПНЖК в максимальных и сверхмаксимальных дозах для достижения целевого уровня холестерина и триацилглицеридов, а также профилактики развития и прогрессирования аритмий

Герасименко В.В

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗИДУАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ ПРИ COVID-19 СПУСТЯ 4-6 МЕСЯЦЕВ: СОПОСТАВЛЕНИЕ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ

Актуальность. Характер изменений в легких во многом определяет клиническую картину и течение COVID-19, их оценка имеет важное значение для адекватного ведения пациентов с данной патологией как в остром периоде заболевания, так и в последующем.

Цель: по данным компьютерной томографии (КТ) оценить динамику изменений в легких у больных COVID-19 через 4-6 месяцев после первичной КТ, сопоставить КТ- и клинические данные пациентов спустя 4-6 месяцев после острой фазы заболевания.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования у 89 пациентов с положительным ПЦР-тестом. Всем больным была выполнена КТ органов грудной полости в остром периоде заболевания и через 4-6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. По данным первичной КТ, у всех больных были выявлены характерные для COVID-19 изменения в легких. В 68 случаях (76,4%) определялись участки «матового стекла», в 21 случае (23,6%), помимо этого, определялись участки консолидации. Полученные результаты были распределены на 4 группы: у 54 больных (60,7%) была установлена степень КТ1, у 18 (20,2%) – КТ2, у 11 (12,4%) – КТ3, у 6 (6,7%) – КТ4. В динамике у 62 пациентов (69,7%) отмечалось полное клиническое излечение от проявлений инфекции, у 27 пациентов (30,3%) сохранялись различные симптомы заболевания. Через 4-6 месяцев у 41 (46,1%) пациентов, без участков консолидации при первичной КТ, определялось восстановление пневматизации легочной ткани, при этом у 6 пациентов сохранялась одышка при физической нагрузке. У 19 (21,3%) пациентов – 14 с КТ1 и 5 с КТ2 – определялись мелкие субплевральные участки уплотнения, при этом у 5 пациентов сохранялась одышка при физической нагрузке и утомляемость. В 16 (17,9%) случаях – у 4 с КТ2, 6 с КТ3, 6 с КТ4, визуализировались субплевральные курвикулярные тяжи, у 3 сохранялась одышка при физической нагрузке. У 17 пациентов (19,1%) – у 4 с КТ2, 7 с КТ3, 6 с КТ4 – определялись субплевральные полосовидные тяжи, при этом такие изменения имели место у лиц с участками консолидации при первичной КТ, у 3 пациентов сохранялась одышка при небольшой физической нагрузке, слабость. В 7 (7,8%) случаях – у 4 лиц с КТ3 и 3 с КТ4 – определялись безвоздушные участки уплотнения, располагающиеся кортикально и перибронховаскулярно, с четкими, неровными контурами (локальные участки спавшейся паренхимы), клинически у 4 лиц сохранялась повышенная утомляемость, одышка. В 25 случаях (28,1%) – у 10 с КТ1, 4 с КТ2, 7 с КТ3 и 4 с КТ4 – определялись ретикулярные изменения, у 4 пациентов сохранялась одышка при небольшой физической нагрузке и слабость. У 7 (7,9%) пациентов с КТ3 отмечено локальное расширение просветов воздухоносных путей, не визуализирующиеся при первичной КТ, клинически у 2 таких пациентов сохранялся редкий сухой кашель и одышка.

Выводы. Компьютерная томография при COVID-19 необходима не только в остром периоде, но для мониторинга течения болезни, оценки остаточных, резидуальных изменений после перенесенной инфекции. В динамике через 4-6 месяцев полное восстановление пневматизации легочной ткани отмечено только у части пациентов со степенью КТ1 и КТ2 и без участков консолидации, у больных со средним и значительным объемом вовлечения и с проявлением инфильтрации в виде консолидации отмечались более выраженные поствоспалительные изменения легких. Корреляции КТ- и клинических данных через 4-6 месяцев от начала заболевания не выявлено.

Герасимчик О.А., Гириш Я.В.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», г. Сургут

ПРЕДИКТОРЫ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Введение. В качестве предикторов, определяющих ожирение у детей, рассматриваются: ожирение родителей, гестационный сахарный диабет, курение матери во время беременности, масса тела новорожденного, вскармливание, быстрое увеличение массы тела в первые 2 года жизни, перекармливание, недостаточная продолжительность сна, гиподинамия, низкий социальный статус семьи.

Цель исследования – выявить предикторы развития ожирения у детей и подростков.

Материалы и методы. Для определения факторов риска проведено обследование 170 подростков, средний возраст составил $13,9 \pm 2,1$. При вычислении ИМТ подростки разделены на 3 группы: 1-я группа с избыточной массой тела 54 (32%) подростка, 2-я группа с ожирением 79 (46%) подростков, 3 группа с нормальной массой 37 (22%) подростков. Учитывали данные раннего анамнеза жизни, акушерский анамнез, анамнез заболеваний, наследственность.

Результаты. Гестационный сахарный диабет был диагностирован у 5 матерей (6%) в группе детей с ожирением, в группе с нормальной массой тела выявлено у 1 беременной женщины. Путем кесарева сечения родилось 19 (22%) детей в группе с ожирением, 12 (22%) детей в группе с избыточной массой тела и 8 (21%) детей в группе с нормальной массой тела. В сроке менее 37 недель беременности в группе с избыточной массой родилось 8 (15%) детей, в группе с ожирением 9 (12%), в группе с нормальной массой тела 2 (5%). В сроке 37-41 недель беременности родилось 40 (74%) детей группы избыточной массой тела, в группе с ожирением 65 (82%), в группе с нормальной массой 33 (89%) ребенка. В группе детей с избыточной массой тела сроке более 42 недель беременности родилось 6 (11%) детей, в группе детей с ожирением 5 (6%), в группе с нормальной массой тела 2 (5%). Масса тела новорожденных более 4,0 кг при рождении выявлены в группе с ожирением в 24% случаев, с избыточной массой в 17%, в группе с нормальной массой тела в 6%. В 6 месяцев жизни основу питания детей с избыточной массой и ожирением в 42% случаев составило молоко матери, в группе с нормальной массой грудное вскармливание получали 68% детей.

Заключение. Выявлены неблагоприятные факторы в развития ожирения у ребенка: ожирение и СД 2 типа у родственников 1, 2 линии родства, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, рождение ребенка путем кесарева сечения, масса тела ребенка при рождении более 4 кг или менее 2,5 кг, искусственное вскармливание.

Гинькут В.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НАРУЖНЫХ ОТИТОВ

Актуальность проблемы. Острый диффузный наружный отит (ОДНО) является одной из наиболее частых инфекций, с которыми сталкиваются оториноларингологи, педиатры и семейные врачи (Wiegand S. et al., 2019). Удельный вес данной патологии среди всех воспалительных заболеваний уха составляет около 30% (Curtis S.D. et al., 2020). В 98% случаев ОДНО имеет бактериальную природу (Гуров А.В. и соавт., 2017; Ghanpur A.D., et al., 2017). В настоящее время заметно изменение микробного пейзажа при ОДНО в сторону уменьшения частоты выделения *Staphylococcus aureus* за счёт увеличения числа случаев присутствия *Pseudomonas aeruginosa* (Little J.S. et al., 2019).

Обычно заболевание лечат эмпирически и поэтому неадекватно. Рациональное лечение ОДНО должно быть основано на точной диагностике этиологии воспаления и тщательной обработке кожи слухового прохода. Тип ушных капель при этом является менее важным.

Цель исследования: изучить микробный пейзаж больных с ОДНО, выявить особенности течения болезни и обосновать рациональный режим терапии.

Материалы и методы. Нами был проведен сравнительный анализ историй болезни 50 больных за период 2017-2021 гг. Возраст пациентов был от 19 лет до 76 лет. Мужчин и женщин было примерно равное количество. У всех пациентов был установлен клинический диагноз острого диффузного наружного отита, основанный на клинических данных. Критерием отбора служила интактная барабанная перепонка и односторонний характер воспалительного процесса.

Основная группа – 25 пациентов – в качестве антибактериального средства назначали внутривенно капельно или перорально левофлоксацин в дозе 500 мг ежедневно в течение недели и 25 – контрольная группа – пациенты, которым, согласно клиническим рекомендациям, назначали инъекции цефтриаксона по 2 г в день. Кроме того, пациенты обеих групп получали местное лечение (нормакс), витамины и антигистаминные препараты.

Учитывались данные бактериологического исследования и эффективность антибактериальной терапии.

Проводили контроль ведущих симптомов и признаков воспаления слухового прохода: 1) оталгию, зуд или чувство полноты, и боли в челюсти; 2) болезненность козелка и ушной раковины; 3) диффузный отёк кожи слухового прохода с эритемой или без неё, и выделения из уха (оторею).

Результаты и их обсуждение. По данным бактериологического исследования в мазках пациентов преобладали *Pseudomonas aeruginosa* (52%) и *Staphylococcus aureus* (38% случаев). Микробные ассоциации *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae* и *Escherichia coli* были обнаружены в 10% случаев. Все выявленные микроорганизмы попадают в спектр действия фторхинолонов, что и объясняет эффективность применения левофлоксацина у пациентов основной группы.

Уменьшение основных симптомов заболевания у них наблюдалось уже через три дня лечения, а полное выздоровление на 7-е сутки. У пациентов контрольной группы эти сроки составили соответственно 6 и 10 дней.

Клиническое излечение у всех пациентов было подтверждено отсутствием симптомов заболевания и роста патогенной флоры при контрольном бактериологическом исследовании. Рецидивы заболевания – четыре случая – наблюдались лишь в контрольной группе больных.

Выводы: Быстрое достижение клинического результата и отсутствие побочных эффектов позволяет рекомендовать применение левофлоксацина при лечении острых диффузных наружных отитов.

Гинькут В.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ВИРУСНОГО РИНОСИНУСИТА

Актуальность проблемы. Лечение острого вирусного риносинусита является одной из актуальных проблем современной медицины. К простудным заболеваниям сейчас приковано большое внимание в том числе и в связи с пандемии SARS-CoV-2. Ежегодно острый риносинусит встречается у 9 из 100 человек (Griffin A.S. et al., 2020). За последние 5 лет произошёл существенный прогресс в представлении о патогенезе этой формы риносинусита и подходах к её лечению (Sun F. et al., 2019). Выбор терапии становится непростой задачей даже для опытных оториноларингологов. (Fokkens W.J. et al., 2020).

Перспективным представляется использование для местного лечения острого вирусного риносинусита солевых назальных ирригаций (Succar E.F. et al., 2019).

Протеинат серебра, основной компонент средства от насморка Сиалор, содержит до 8,5% серебра. Он оказывает вяжущее, антисептическое и противовоспалительное действие. Механизм действия серебра основан на том, что ионы серебра осаждают белки и образуют защитную плёнку на поврежденной слизистой оболочке, которая способствует уменьшению чувствительности нервных окончаний и сужению кровеносных сосудов, что приводит к уменьшению отёка, а это в свою очередь тормозит воспалительные реакции. Особенно активен препарат в отношении вирусов. Кроме того, ионы серебра подавляют размножение различных грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов

(*S. albicans*, *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *A. Niger*), которые усугубляют течение острого вирусного риносинусита. Что очень важно, при местном применении препарат практически не абсорбируется.

Цели исследования: обоснование эффективности местного лечения пациентов с острым вирусным риносинуситом комбинированным солевым раствором протеината серебра.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 пациентов, которые были разделены на 2 группы: группу исследования (16 пациентов) и контрольную (14 пациентов). Возраст пациентов колебался от 27 лет до 54 лет. Мужчин и женщин было примерно равное количество. Во время лечения пациенты контрольной группы получали базовое местное лечение, включавшее промывание полости носа изотоническим солевым раствором по 2 дозы в каждую половину носа 3 раза в сутки. Пациенты группы исследования получали комплексный препарат на основе протеината серебра (Сиалор). Для этого таблетку Сиалора в дозировке 200 мг смешивали не с водой для инъекций, как предусмотрено инструкцией к препарату, а с 10 мл изотонического солевого раствора 0,9% NaCl. С помощью распылителя раствор в виде аэрозоля вводили в носовые ходы три раза в день в течение всего курса лечения.

Результаты лечения оценивались с помощью субъективных и объективных показателей. Для оценки работы мукоцилиарной транспортной системы полости носа выполнялся сахаринный тест.

Результаты и их обсуждение. Было установлено более эффективное и быстрое снятие симптомов заболевания в основной группе, что отражалось в улучшении самочувствия пациентов и восстановлении физиологической работы мукоцилиарного клиренса. Так, в первые сутки скорость работы мукоцилиарного аппарата в группе исследования составила $26,4 \pm 4,1$ мин, а в контрольной – $25,3 \pm 5,7$ мин. На третьи сутки результаты измерений были $16,5 \pm 3,8$ мин и $19,3 \pm 4,6$ мин соответственно. На седьмые сутки эти показатели достигли уже $12,2 \pm 2,1$ мин и $13,8 \pm 2,8$ мин.

Побочного действия протеината серебра мы не наблюдали.

Вывод: опираясь на полученные результаты исследования и предыдущий опыт лечения риносинуситов, можно судить о высокой эффективности представленной схемы лечения комбинированным солевым раствором протеината серебра.

Гинькут В.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НАРУЖНЫЕ ОТИТЫ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Актуальность проблемы. Пандемия, вызванная COVID-19, влияет на жизнь пациентов и медицинских работников во всём мире (Osborne M.S. et al., 2020). Клинические проявления COVID-19 динамичны и имеют широкий спектр симптомов – увеличение температуры тела выше 38°C , кашель, респираторный дистресс-синдром, головная боль, боли в мышцах, утомляемость, боль в горле, ринорея, потеря вкуса и обоняния, тошнота, рвота и диарея (Allen H. et al., 2021).

Недавние исследования показали, что полиморфные клинические проявления болезни могут быть связаны с различными вариантами и мутациями вируса COVID-19 (Cline L. et al., 2022).

Острый диффузный наружный отит остаётся довольно частой патологией уха – ежегодная заболеваемость составляет не менее 10% (Stubington T.J. et al., 2021).

Патогенез наружного отита у пациентов с COVID-19 неизвестен. Отит выявляется у 18% пациентов с COVID-19, что может быть связано с опосредованным иммунным комплексом либо с наличием ACE2 в коже (Mady O.M. et al., 2020). Известно, что ангиотензинпревращающий фермент 2 (АПФ2, ACE2) – мембранный белок, экзопептидаза, катализирующая превращение ангиотензина I в ангиотензин 1-9 и ангиотензина II в ангиотензин 1-7. АПФ2 человека является рецептором и точкой входа в клетку некоторых коронавирусов. АПФ2 присутствует в эпидермисе кожи, базальном клеточном слое волосяных фолликулов и гладкомышечных клетках вокруг сальных желез. Это в полной мере касается и кожи наружных слуховых проходов.

Поэтому необходимы дальнейшие исследования в этом вопросе.

Цель исследования: показать связь между острым наружным отитом и инфекцией COVID-19.

Материалы и методы. В исследование были включены 17 пациентов с положительным результатом на COVID-19 (по данным ПЦР).

Их возраст колебался от 25 до 62 лет. Мужчин было 10 (58,8%), женщин – 7 (41,2%).

Все пациенты были обследованы в стационаре. Оториноларингологом им выполнялась риноскопия, фарингоскопия и отоскопия. Проводилось исследование слуха шёпотной и разговорной речью, а также выполнялись камертональные исследования. Кроме того, пациентам выполнялось эндоскопическое и бактериологическое исследование.

Изучали клинический и биохимический анализы крови.

Осмотр уха у больных проводили ежедневно до полного стихания клинических проявлений острого диффузного наружного отита (отагия, болезненность при надавливании на козелок, отёк и гиперемия кожи слухового прохода, а также оторея).

Было задокументировано появление начальных симптомов наружного отита и его связь с днями заражения COVID-19.

Результаты и их обсуждение. Появление начальных симптомов наружного отита отличалось от дней заражения COVID-19. Острый диффузный наружный отит возник в первый день заражения COVID-19 только у одного пациента. Большинство случаев наружного отита (64,7%) возникло в период между 6-м и 8-й день заражения COVID-19.

У двух пациентов (11,8%) симптомы отита развился на 12-й день болезни.

Мы проверили также корреляцию между наружным отитом и аносмией. Результаты показали, что 12 из 17 пациентов (70,6%) с наружным отитом жаловались на потерю обоняния.

Выводы: Острый диффузный наружный отит имеет прямое отношение к инфекции COVID-19. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения патогенеза наружного отита при этой коварной инфекции. Клиническая картина COVID-19 характеризуется широким спектром проявлений, поэтому следует тщательно обследовать всех инфицированных с любыми жалобами во время пандемии.

Гинькут В.Н., Андреев В.Н., Талалаенко И.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОБУЧЕНИЕ ИНТЕРНОВ ТЕХНИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАХЕОСТОМИИ

В связи увеличением случаев травматизма в мирное и военное время, а также в связи с ростом онкологических заболеваний врачам всё чаще приходится сталкиваться с таким хирургическим вмешательством, как трахеостомия. Это одна из наиболее распространённых в неотложной оториноларингологии операция.

Для быстрой, эффективной и безопасной техники введения дыхательной трубки в полость трахеи нуждающимся в неотложной помощи больным и травмированным, специалисту необходимо досконально владеть техникой правильного выполнения трахеостомии. От этого зависит здоровье, а зачастую и жизнь пациента, особенно при оказании экстренной помощи.

Для успешного проведения оперативного вмешательства врач должен знать чёткую последовательность его выполнения, уметь провести трахеостомию быстро, чётко и без нанесения дополнительного вреда здоровью пациента.

Поэтому для выработки мануальных навыков проведения указанной операции молодым специалистам крайне необходимо во время прохождения интернатуры обучиться азам её выполнения. Такое практическое обучение помогает врачу чувствовать себя увереннее в сложных клинических ситуациях и уменьшить вероятность ошибок в дальнейшей профессиональной деятельности.

В ЛОР-клинике Клинической Рудничной больницы г. Макеевки трахеостомию выполняют довольно часто. Обычно её производят в качестве предоперационной подготовки или паллиативного оперативного вмешательства у неоперабельных пациентов с раком гортани или гортаноглотки. Наложение трахеостомы этим больным выполняют сотрудники нашей кафедры, а также врачи отделения, имеющие первую и высшую категории. Интерны детально знакомятся с особенностями выполнения

операции у конкретного пациента и вместе с врачами участвуют в её выполнении. Сначала в качестве ассистента, а в конце обучения практически самостоятельно выполняют трахеостомию.

Кроме того, практически ежедневно операция трахеостомии выполняется тяжёлым больным отделения реанимации, которые находятся на искусственной вентиляции лёгких более четырёх-пяти дней. В этом случае хирургическое вмешательство проводится у пациентов, которым ранее была выполнена интубация трахеи (как говорят врачи, «на трубе»), что позволяет проводить операцию без спешки и суеты, обращая внимание интернов на важные её детали и особенности.

Как правило, интерны не только ассистируют на этих операциях, но и выполняют некоторые её этапы.

Обычно им под руководством преподавателя разрешают выполнить местную анестезию операционного поля.

Если позволяет ситуация, интерны учатся с помощью зажима Микулича строго по средней линии и atraumatically смещать мышцы и фасции шеи, отыскивая остов трахеи.

В ходе наложения трахеостомы интерны с помощью тупого однолопастного Г-образного крючка Кохера помогают хирургу фиксировать сдвигаемые в сторону мягкие ткани шеи и выполнять гемостаз.

Особое внимание интернов мы обращаем на поиск перешейка щитовидной железы, отсепаровку его от трахеи и смещение вниз или вверх в зависимости от вида вмешательства.

Участвуя в операции, интерны учатся отыскивать указательным пальцем в глубине раны трахею и фиксировать её с помощью острого однозубого крючка Шассеньяка.

Для быстрого и аккуратного введения трахеостомической канюли интерны обучаются использованию ранорасширителя Труссо.

Следует подчеркнуть, что преподаватель пристально следит за всеми действиями интерна, не допуская грубых ошибок и промахов.

Такой подход позволил подготовить к практической деятельности уже не один десяток молодых врачей.

Гириш Я.В., Юсупова Н.А.

БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая больница», г. Сургут

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЦЕЛЕВОГО ДИАПАЗОНА ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЛЭШ-МОНИТОРИНГА ГЛИКЕМИИ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Дать оценку динамики параметров целевого диапазона у детей с сахарным диабетом 1 типа (СД1), использовавших в качестве дополнительного метода самоконтроля систему флэш-мониторинга гликемии.

ДИЗАЙН: ретроспективное, неконтролируемое сравнительное исследование.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: оценка параметров целевого диапазона проводилась с помощью анализа данных гликемического профиля 40 детей в возрасте от 4 до 17 лет на облачной системе LibreView, получаемых с устройств флэш-мониторинга гликемии (ФМГ) FreeStyle Libre. Оценивали: время нахождения параметров в целевом диапазоне / выше / ниже целевого (уровень 1, уровень 2), вариабельность гликемии. Оценка данных делилась на три периода: две недели после начала использования ФМГ, через три месяца и через шесть месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: по результатам ФМГ у детей через три месяца после начала использования систем ФМГ наблюдалось увеличение времени нахождения в целевом диапазоне (с $44,9 \pm 18,2\%$ до $53,6 \pm 23,1$; $z = 2,16$; $p = 0,0526$), уменьшение времени нахождения выше целевого диапазона (с $45,9 \pm 22,3\%$ до $36,0 \pm 18,3\%$; $z = 2,17$; $p = 0,094$), уменьшение времени нахождения ниже целевого диапазона (с $8,2 \pm 9,5\%$ до $6,8,5 \pm 8,8\%$, $z = 2,17$; $p = 0,0826$). Через шесть месяцев после начала использования систем ФМГ у пациентов сохранялось увеличение времени нахождения в целевом

диапазоне в сравнении с началом исследования: с $44,9 \pm 18,2\%$ до $58,4 \pm 20,1\%$ ($z = 2,17$, $p = 0,052$), уменьшение времени нахождения выше целевого диапазона: с $45,9 \pm 22,3\%$ до $33,9 \pm 22,3\%$ ($z = 2,17$; $p = 0,095$), а также достоверное уменьшение времени нахождения ниже целевого диапазона: с $8,2 \pm 9,5\%$ до $3,69 \pm 3,0$ ($z = 2,17$, $p = 0,0361$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: использование систем ФМГ у детей с СД1 позволило улучшить показатели углеводного обмена: степень вариабельности гликемии и время нахождения в целевом диапазоне.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: сахарный диабет 1 типа, дети, гликемия, непрерывный мониторинг, FreeStyle Libre, флеш-мониторирование гликемии.

Глебова А.Э.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Актуальность исследования. Хроническая ишемия нижних конечностей (ХИНК) является одним из самых распространённых сердечно-сосудистых заболеваний, (в Российской Федерации от 15 до 30% населения старше 60 лет), приводящее к инвалидизации и имеющее неблагоприятный прогноз по показателям сохранения нижних конечностей и детальности.

Гибридные операции при многоуровневом поражении артериального русла у пациентов с ХИНК в настоящее время являются перспективным направлением, так как позволяют уменьшить число хирургических доступов и сократить количество этапных операций.

Цель исследования. Оценить эффективность реконструктивных операций и риск послеоперационных осложнений у пациентов с многоуровневым поражением артерий нижних конечностей.

Материалы и методы. Были проанализированы зарубежные и отечественные статьи по сосудистой хирургии за 2004-2022 г.

Результаты исследования. Основные гибридные оперативные вмешательства, которые были проведены в Российской Федерации в период с 2004 по 2022г у пациентов с ХИНК: баллонная ангиопластика подвздошных артерий, стентирование подвздошных артерий, петлевая эндартерэктомия из подвздошных артерий с имплантацией непокрытого стента в зону обрыва интимы, бедренно-дистально-подколенное и бедренно-тибиальное шунтирование.

Технический успех данных операций составил 79,8%. В послеоперационном периоде у всех больных зарегистрировано восстановление магистрального кровотока:

-В 50% случаев у пациентов с II Б степенью ишемии после операции отмечается увеличение дистанции безболевого ходьбы.

-В 5,6% случаев возникла лимфорея в паховой области, назначена дополнительная консервативная терапия.

-В 6% случаев возникли тромбоз шунта в сроки от 3 месяцев до 1 года.

-У 18% пациентов с III и IV степенью явления критической ишемии купированы

-У 4,5% выявлены послеоперационные осложнения, влияющие на проходимость произведённых реконструкций. Летальных исходов зафиксировано не было.

Выводы. На базе вышеописанных данных мы можем сделать выводы, что гибридные операции при ХИНК позволяют достичь оптимальных результатов в реваскуляризации конечности. При этом основное преимущественно заключается в уменьшении операционной травмы в сравнении с одномоментной хирургической реконструкцией. Высокая эффективность гибридных операций с незначительным числом послеоперационных осложнений делают перспективным развитие этого направления реконструктивной сосудистой хирургии.

Гидоян И.А., Петраевский А.В., Кузнецова Н.А.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ГИДРОДИНАМИЧЕСКИХ И НЕКОТОРЫХ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛАЗА У ЛИЦ С ГИПЕРМЕТРОПИЕЙ И ПРЕСБИОПИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОГРЕССИВНОЙ ОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ

Актуальность. Между процессами аккомодации и оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ) имеется теснейшая взаимосвязь, причем цилиарная мышца играет важную роль в регуляции офтальмотонуса (Нестеров А.П. и соавт., 1974; Нестеров А.П., Хадикова Э.В., 1997; Светлова О.В., Кошиц И.Н., 2002). Сокращение цилиарной мышцы запускает не только процесс аккомодации, но и способствует активному перемещению ВГЖ по увеосклеральному пути оттока, что активизирует циркуляцию водянистой влаги в системе окулярной гидродинамики (Волков В.В. и соавт., 1997). Одной из возможных причин возникновения первичной глаукомы в пресбиопическом возрасте является нарушение работы аккомодации при слабости или дисфункции цилиарной мышцы (Розанова О.И. и соавт., 2013).

Цель исследования. Исследовать показатели гидродинамики и некоторые морфометрические параметры передней камеры глаза у лиц с гиперметропией пресбиопического возраста в условиях привычной профессиональной зрительной нагрузки на фоне применения прогрессивной и монофокальной очковой коррекции.

Материал и методы. Обследованы 25 человек (50 глаз) в возрасте от 44-55 лет (средний возраст $47 \pm 1,6$ лет). Мужчин было 8, женщин – 17. Из них гиперметропия слабой степени присутствовала у 17 человек (34 глаза), средней степени – у 8 человек (16 глаз).

Всем лицам обследование проводилось на фоне интенсивных зрительных нагрузок в конце рабочего дня первично в исходном состоянии без коррекции, затем на фоне использования монофокальной или прогрессивной очковой коррекции. В число методов обследования входили визометрия с коррекцией, авторефрактометрия, пневмотонометрия, компьютерная тонография, ультразвуковая биометрия, определение амплитуды аккомодации при помощи пробы «Push up test», оптическая когерентная томография переднего сегмента глаза.

Результаты. У лиц пресбиопического возраста с гиперметропией до использования коррекции для близи при длительной зрительной нагрузке на близком расстоянии выявлено состояние напряженности гидродинамических процессов, уменьшение глубины передней камеры и ширины иридокорнеального угла. Применение прогрессивной очковой коррекции привело к существенному снижению ВГД ($p < 0,001$), увеличению коэффициента легкости оттока внутриглазной жидкости ($p < 0,001$), углублению передней камеры ($p < 0,001$) и увеличению ширины иридокорнеального угла ($p < 0,001$). Было зафиксировано существенное увеличение амплитуды аккомодации на фоне применения прогрессивной коррекции ($p < 0,001$). Существенных изменений гидродинамических показателей и морфометрических параметров передней камеры, а также прироста амплитуды аккомодации после начала применения монофокальной коррекции не установлено.

Закключение. Использование прогрессивных очков в качестве постоянной коррекции благоприятно влияет на состояние гидродинамики глаза и морфометрические показатели передней камеры у гиперметропов с пресбиопией. Отсутствие коррекции у лиц пресбиопического возраста не только вызывает зрительное утомление, но может привести к срыву гидродинамического равновесия и развитию глаукомы.

Говоруха И.Т., Железная А.А., Шаров К.В., Стомба М.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Цель. Оценить эффективность разработанного комплекса прогностических и лечебно-профилактических мероприятий при синдроме задержки роста плода (СЗРП).

Материалы и методы. В исследование вошли 95 беременных с высоким риском развития СЗРП, из них в основную группу (ОГ) вошли 47 беременных, которые получали лечебно-профилактические мероприятия и были родоразрешены согласно с предложенным комплексом. Группу сравнения (ГС) составили 48 беременных, ведение которых осуществляли в соответствии с унифицированным клиническим протоколом медицинской помощи. Все беременные наблюдались в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства. Статистическая обработка материалов проводилась методом вариационной статистики, ранговой корреляции с использованием стандартного пакета прикладных программ. Вычисления были выполнены с помощью электронных таблиц Microsoft Office Excel и пакета прикладных программ «Statistica for Windows», версия 7, StatSoftInc. (США).

Результаты. В ОГ СЗРП III по данным УЗИ не был установлен, тогда как в ГС у 14,5% (7) беременных диагностировали СЗРП III степени. По клиническим данным и результатам УЗИ СЗРП II степени развивался у более чем 20% беременных в обеих группах (ОГ – 21,3% (10); ГС – 27,1% (13)). Однако беременных с СЗРП I степени в ОГ было 40,4% (19), а в ГС лишь 31,3% (15). В ОГ было также больше беременных, у которых СЗРП не развивался – 38,3% (18), в ГС – 27,1% (13).

В группе беременных с риском СЗРП, обследованных и родоразрешенных в соответствии с предложенным комплексом не было родов в сроке 28-30 недель, в то время как в группе с традиционными подходами ведения беременности с риском СЗРП такие роды составили 16,7% (8). В сроке 31-32 недели в ОГ было родоразрешено 4,2% (2) беременных, ГС – 20,8% (10). В 33-34 недели произошли роды у 19,1% (9) женщин из ОГ и у 25,0% (12) беременных ГС. В сроке 35-37 недель было родоразрешено 12,8% (6) пациенток из ОГ и 14,6% (7) беременных из ГС. Срочные роды произошли у 63,9% (30) беременных с риском СЗРП в ЭГо и 22,9% (11) беременных в ЭГс.

Так, новорожденных со средней массой тела при рождении $1000,0 \pm 100,0$ г в группе ОГ не было, в группе ГС таких маловесных новорожденных было 17% (8). Они имели самый низкий балл по шкале Апгар в конце 1 минуты – 4 и были рождены в сроке 28-30 недель. В группе ОГ самые маловесные новорожденные составили 4,2% (2) и были рождены в сроке 31-32 недели, имели среднюю массу $1250,0 \pm 30,0$ г. В этом сроке у новорожденных в ОГ средний балл по Апгар в конце 1й минуты составил 6. У новорожденных ГС в этом сроке средняя масса составила $1150,0 \pm 40,0$ г, что достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в ОГ. Средний балл по шкале Апгар в конце 1 минуты у этих новорожденных составил 5 баллов. В сроке беременности 33-34 недели в группе ОГ средняя масса новорожденных составила $1400,0 \pm 30,0$ г, средняя оценка состояния новорожденных по шкале Апгар – 6 баллов. Рожденные в этом же сроке новорожденные ГС имели среднюю массу $1250,0 \pm 90,0$ г, а их состояние по шкале Апгар в конце 1 минуты оценивали в 5 баллов. При проведении родов в сроке 35-37 недель, новорожденные ОГ весили в среднем $1950,0 \pm 50,0$ г, что достоверно больше ($p < 0,05$), чем масса новорожденных в ГС, которая составила $1700,0 \pm 30,0$ г. Состояние новорожденных по шкале Апгар в конце 1 минуты оценивали в 7 баллов в ОГ и в 6 баллов в ГС. Новорожденные из ОГ при срочных родах имели массу $2800,0 \pm 60,0$ г, достоверно больше, чем масса детей в ГС – $2600,0 \pm 50,0$ г. Состояние новорожденных по шкале Апгар в конце 1 минуты в ОГ оценивали в 8 баллов, в ГС – в 7 баллов.

У новорожденных с СЗРП II-III степени и нарушениями МППК III степени в группах были установлены разнообразные перинатальные осложнения. В ОГ гипотрофия установлена у 25,5% (12) новорожденных, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС различной степени тяжести у 6,4% (3) детей, дыхательные нарушения – у 8,5% (4), признаки внутриутробной инфекции – у 2,1% (1) соответственно. В ГС гипотрофия диагностирована у 45,8% (22) новорожденных, дыхательные нарушения у 12,5% (6) детей, признаки внутриутробной инфекции – у 6,3% (3) соответственно.

Выводы. Разработанный комплекс мероприятий по прогнозированию, профилактике и акушерской тактике у беременных с риском развития синдрома задержки роста плода позволил снизить частоту преждевременных родов у беременных с риском СЗРП в 2,1 раза, КС в 2 раза, патологических родов в 2,1 раза; позволил снизить частоту гипотрофии плода в 1,8 раза, признаков внутриутробной инфекции в 3 раза; способствовал уменьшению перинатальной смертности при развитии СЗРП.

Говоруха И.Т., Чермных С.В., Слюсарь-Оглух Т.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ВЗГЛЯД НА ВЕДЕНИЕ ГЕСТАЦИИ ПРИ МНОГОВОДИИ

С целью оценки влияния многоводия на течение беременности и её исходы проведён ретроспективный анализ медицинской документации 49 пациенток, наблюдавшихся и рожавших в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства, и их новорождённых (50 детей, в том числе одна двойня). При расчёте 95% ДИ для частоты использовали метод Уилсона.

Установлено, что кроме многоводия пациентки имели и другие гестационные осложнения, в том числе, угрозу прерывания беременности (16,3%; 95% ДИ 8,5-29,0%), преэклампсию (8,2%; 95% ДИ 3,2-19,2%), отёки беременных (46,9%; 95% ДИ 33,7-60,6%), анемию (36,7%; 95% ДИ 24,7-50,7%), патологию плаценты (26,5%; 95% ДИ 16,2-40,3%), инфекции урогенитального тракта (8,2%; 95% ДИ 3,2-19,2%), изоиммунизацию по резус-фактору (6,1%; 95% ДИ 2,1-16,5%), задержку внутриутробного развития плода (4,1%; 95% ДИ 1,1-13,7%), пороки развития плода (4,1%; 95% ДИ 1,1-13,7%), перенесли COVID 19 (6,1%; 95% ДИ 2,1-16,5%). При изучении экстрагенитального статуса, отмечено, что у 38,8% (95% ДИ 26,4-52,8%) беременных имела место сопутствующая эндокринная патология, в том числе: ожирение (18,4%; 95% ДИ 10,0-31,4%), сахарный диабет (8,2%; 95% ДИ 3,2-19,2%), гестационный сахарный диабет (14,3%; 95% ДИ 7,1-26,7%), патология щитовидной железы (28,6%; 95% ДИ 17,8-42,4%). В микробиоме вагинального секрета и в моче у 34,7% (95% ДИ 22,9-48,7%) беременных с многоводием были выявлены дисбиотические нарушения влагалища; бактериурия была зарегистрирована в 8,2% (95% ДИ 3,2-19,2%) случаях. Преждевременно роды произошли у 8,2% (95% ДИ 3,2-19,2%) пациенток, соответственно срочные – у 91,8% (95% ДИ 80,8-96,8%). Преждевременный разрыв плодных оболочек имел место у 10,2% (95% ДИ 4,4-21,8%) рожениц, выпадение петель пуповины – у 2,0% (95% ДИ 0,4-10,7%). Дистресс плода в родах был зарегистрирован в 8,2% (95% ДИ 3,2-19,2%) случаев. У большего количества женщин роды были патологическими – 69,4% (95% ДИ 55,5-80,5%), в том числе операцией кесарево сечение роды завершились у 65,3% (95% ДИ 51,3-77,1%) родильниц. Нарушение биоценоза околоплодных вод зарегистрировано в 10,2% (95% ДИ 4,4-21,8%), однако следует указать, что более чем у половины родильниц посев не проводился (59,2%). Роды осложнились задержкой выделения последа, части плацентарной ткани у 8,2% (95% ДИ 3,2-19,2%) женщин, разрывом тканей влагалища, шейки матки и промежности – у 12,2% (95% ДИ 5,7-24,2%), гипотоническим кровотечением – у 4,1% (95% ДИ 1,1-13,7%), ручная ревизия полости матки была произведена в 12,2% (95% ДИ 5,7-24,2%) случаях. Выявленные в последах воспалительные изменения (16,3%; 95% ДИ 8,5-29,0%) и проявления хронической фетоплацентарной недостаточности (24,5%; 95% ДИ 14,6-38,1%) свидетельствовали как о гематогенном, так и восходящем пути инфицирования.

Таким образом, согласно нашим данным, фетальное происхождение многоводия составило 14,3% (95% ДИ 7,1-26,7%) случаев, материнские и плацентарные причины имели место в 34,7% (95% ДИ 22,9-48,7%) и в 6,1% (95% ДИ 2,1-16,5%) соответственно, идиопатическое многоводие определено у 65,3% (95% ДИ 51,3-77,1%).

Основываясь на результатах проведённого исследования, для женщин с многоводием диагностическими критериями являются тестирование нарушений толерантности к глюкозе, детальную сонографию и серологию TORCH, грипп, микоплазмы. Выявление идиопатической формы многоводия при исключении остальных причин позволило бы снизить количество врачебных вмешательств и применение лекарственных средств (антибиотиков) во время беременности.

Голикова А.М., Золотухин А.С., Амджад Аль Давуд, Бондаренко Н.В., Клочков М.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ ПРИ НАЧАЛЬНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

начальном раке прямой кишки в сравнении со стандартной резекцией прямой кишки позволяет избежать синдрома низкой передней резекции, частота которого достигает 25-80%. В связи, с чем ежегодно растет количество выполняемых вмешательств в мире.

Цель: Структуризация и обобщение онкологических результатов выполнения ТЭМ при начальном раке прямой кишки.

Материалы и методы. Поиск публикаций по данной теме проводился, используя базы данных PubMed, PMC, GoogleScholar. Было изучено 9 публикаций в период с 2018 по 2022 годы. ТЭМ выполнялось при карциноме *in situ*, с поверхностным (SM1) поражением, cT1-2N0 с благоприятными клиническими и гистологическими прогнозом, размером (<3 см), которые обычно ограничены <30% окружности стенки кишечника. Локализация в верхней и средней части прямой кишки (на расстоянии до 12 см от зубчатой линии).

Результаты. Отобрано 894 пациента. Средний возраст пациентов составил 60 лет (42-84 года), продолжительность наблюдения после ТЭМ – 3 года.

В 599 случаях (67%) проводилась ТЭМ с инсуфляцией CO₂, в 295 случаях (33%) без газа. 252 (28%) резекции выполнены в пределах слизистой и подслизистой, 312 (35%) полнослойных резекций, 330 (37%) полнослойных резекций с иссечением мезоректума. В 789 (88%) случаях выполнялось ушивание дефекта в поперечном направлении непрерывным швом с фиксацией скобками по краям, в 105 (12%) случаях рана не ушивалась. Осложнения возникли в 56 случаях (6,2%). Из этих осложнений кровотечения составили 22 случая (39%). Местный рецидив произошел у 42(4,7%) пациентов, из которых 39 перенесли спасительную операцию. 5-летняя безрецидивная выживаемость после ТЭМ составила 75,6%, а общая выживаемость составила 90,2%.

Вывод: Анализ результатов оперативных вмешательств в объеме ТЭМ позволяет предположить данный метод у пациентов с ранним раком прямой кишки как более безопасную и эффективную альтернативу тотальной мерузектомэктомии, так как имеет низкие риски развития осложнений, рецидивов, отсутствие летальных исходов. Данный метод применим в высокоспециализированных центрах, обладающих большим опытом выполнения данных вмешательств при соответствующем отборе пациентов, с эффективной экспертной гистопатологической оценкой и дооперационном стадированием, а также тщательном наблюдении после оперативного лечения.

Голионцева А.А., Григорядис С.В., Натальченко Д.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ДИАФОНИЗАЦИЯ, КАК МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ АНАТОМИИ

Введение Диафонизация или «*pictura et dictum mortuis*» (окраска и очитка мертвого) является новым методом в сравнительной анатомии, представляет собой несколько основных этапов очистки и окраски, повторяющихся друг за другом, по завершению которых происходит фиксация и консервация препарата в глицерине. Основное преимущество диафонизации – это удобство в работе с небольшими анатомическими препаратами. Данный метод позволяет изучать строение костей, их соединений и мышц на разных этапах эмбрионально-го периода.

Цель Произвести обработку препарата методом диафонизации, проанализировать ход этапов обработки и исследовать полученные препараты.

Материал и методы Экспериментальный, переделанный автором «протокол диафонизации и окрасивания»

Результаты На первом этапе исследования препарат промывается дистиллированной водой для очистки от крови и тканевой жидкости, таким субъектом были части тела эмбриона че-ловека. Следующий этап фиксация ткани и ее частичная консервация, коагуляция белков. Препарат опускается в 10% р-р формалина на 48 часов- ткани заметно мутнеют. Далее сле-дует этап промывания, препарат погружается в емкость с дистиллированной водой на 24 ча-са. После чего наступает этап окраски хрящей с помощью красителя альцианового синего, части эмбриона погружаем в раствор с уксусной эссенцией, 95% раствором этилового спир-та и засыпаем 0,2 г альцианового синего, в данной среде краситель попадает в хрящевую ткань и фиксируется там. Для более лучшей фиксации красителя и сохранения тканей про-водится этап дегидратации: образцы помещаются в растворы: 95% этилового спирта на 48 часов, после этиловый спирт растворяется водой и образцы погружается в этот рас-твор на сутки. После данных манипуляций проводится осмотр частей на уровень окраски хрящей и целостность тканей. В данном образце были окрашены хрящи и поверхностные мышцы, од-нако покровы все еще мутные. После проводится обработка трипсином, образцы погружае-тся в раствор тетрабората натрия, дистиллированной воды, и 2 г трипсина на 72 часа, после обработки трипсином покровы образцов стали прозрачными, мягкими и в некоторых местах гелеобразными. Далее проис-ходит окраска костей, с помощью красителя ализарина красно-го. Препарат погружается в раствор дистиллированной воды, с добавлениями гидроксида калия 7 г и ализарином красным 10мг на 24 часа. После истечении времени видим окраше-ные кости ярко красно-фиолетовым цветом. После чего препарат проходит заключительный этап очистки в дистиллированной воде, гидроксиде калия 7 г и глицерине, от 3 до 7 дней, с последующим помещением в емкость с глицерином.

Вывод Метод диафонизации обладает высокой эффективностью при изучении и сравнении ана-томических особенностей человека и экспериментальных животных. Данный способ позволяет по-лучить важный опыт работы с препаратами, который на практике позволяет увидеть и осознать важ-ность анатомии.

Голионцева А.А., Натальченко Д.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ВОЗДЕЙСТВИЕ ВИРУСА SARS COV-2 НА МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Введение:

Бросившее вызов всему миру заболевание, носит название новая коронавирусная инфекция COVID-19. На данный момент уровень заболеваемости достаточно низок, но несмотря на это не те-ряет актуальности вопрос изучения пато- и танатогенеза заболевания, в частности установление роли эндокринной системы в патогенетической цепи. [3]. Одним из органов стрессорной оси является надпочечник, который активно вовлекается в патологический процесс [1, 2]. Так как надпочеч-ник является субстратом полиэндокринопатий, то понимание морфогенеза в ткани этого органа при COVID-19, безусловно, является актуальной задачей патологической анатомии.

Цель: определить морфологические изменения в ткани надпочечников при COVID-19

Материал и методы:

Материалом для исследования послужило 40 образцов надпочечников, полученных от 20 паци-ентов, COVID-19. У всех пациентов был идентифицирован РНК вируса SARS-COV-2 методом ПЦР. Материал фиксировался в 10% растворе формалина в течение 24 ч, затем повергался стандартной гистологической проводке с последующим изготовлением срезов и микроскопией.

Результаты и обсуждение:

При макроскопическом исследовании надпочечники всех пациентов имели листовидную форму. Цвет кортикального слоя на разрезе-насыщенно жёлтый. Цвет на разрезе мозгового вещества темно-красно-коричневый, граница между корковым и мозговым веществом стерта. В 95% отмечались участки кровоизлияния в корковом веществе надпочечников.

При микроскопическом исследовании наиболее часто обнаруживалась (95%) лимфоцитарная инфильтрация, в 10 образцах обнаруживался некроз кортикостероцитов, а в мозговом веществе – выраженное полнокровие сосудов.

Выводы:

В результате проведенного исследования установлены выраженные морфологические изменения в ткани надпочечников, которые проявлялись в виде лимфоцитарной инфильтрации и участков некроза. После анализа историй болезни установлено, что в 60% случаев у пациентов отмечался «цитокиновый шторм», данный факт свидетельствует об особо тяжелом течении болезни. Таким образом, участие надпочечников в патологическом процессе, как периферического звена стрессорной оси является несомненной и требует дальнейшего изучения.

Литература:

1) Зайратьянц О. В., Самсонова М. В., Михалева Л. М., Черняев А. Л., Мишнев О. Д., Крупнов Н. М., Калинин Д. В. Патологическая анатомия COVID-19: Атлас / Под общей ред. О. В. Зайратьянца. – Москва, ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 140 с., ил. – ISBN 978-5-907251-57-1

2) Макарова М. А., Шакурова Л. Р., Новоселова О. Н. и др. Новая коронавирусная болезнь 2019 г. (COVID-19) в Москве на примере клинических случаев // Практич. пульмонология. 2020. № 1. С. 29-36.

3) Мокрышева Наталья Георгиевна, Галстян Гагик Радикович, Киржаков Михаил Анатольевич, Еремкина Анна Константиновна, Пигарова Екатерина Александровна, Мельниченко Галина Афанасьевна ПАНДЕМИЯ COVID-19 И ЭНДОКРИНОПАТИИ // Пробл. эндокр.. 2020. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pandemiya-covid-19-i-endokrinopatii>: 0

4) Коган Е. А., Березовский Ю. С., Проценко Д. Д., Багдасарян Т. Р., Грецов Е. М., Демура С. А., Демяшкин Г. А., Калинин Д. В., Куклева А. Д., Курилина Э. В., Некрасова Т. П., Парамонова Н. Б., Пономарев А. Б., Раденска-Лоповок С. Г., Семенова Л. А., Тертыхный А. С. Патологическая анатомия инфекции, вызванной SARS-CoV-2 // Судебная медицина. 2020. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/patologicheskaya-anatomiya-infektsii-vyzvannoy-sars-cov-2>.

5. Wang D., Hu B., Hu C., Zhu F., Liu X., Zhang J., et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020;323:1061-1069. [CrossRef] 92. Wang X., Xu W., Hu G., Xia S., Sun Z., Liu Z., et al. SARS-CoV-2 infects T lymphocytes through its spike protein-mediated membrane fusion. Cell. Mol. Immunol. 2020;1-3. [CrossRef]

Головина Н.Б.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Введение: Псориатический артрит (ПсА) представляет собой воспалительное заболевание суставов, ассоциированное с псориазом. Различают высокую, среднюю, минимальную степени активности заболевания. Высокая активность заболевания является неблагоприятным прогностическим фактором псориатического артрита, определяет быстрый темп деструктивных изменений в периферических суставах, развитие дактилитов, энтезопатий и внесуставных проявлений. В настоящее время для оценки активности ПсА необходимо использовать комбинированный индекс активности-DAS 28. Значение индекса DAS 28 меньше 3.2 соответствует низкой степени активности, от 3.2 до 5.1 – средней активности заболевания, более 5.1 – высокой активности.

Цель: изучить особенности клинических проявлений псориатического артрита при высокой степени активности заболевания.

Материалы и методы: в исследовании участвовали 118 больных возрастом от 17 до 74 лет, проходивших лечение в отделении ревматологии ГУЗ ГКБ СМП №25 с 2019 по 2022 годы. В исследование включили 63 мужчин и 55 женщин. Всем пациентам на основании критериев CASPAR был постав-

лен диагноз Псориатический артрит, пациенты получали стандартную терапию: НПВП, метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин.

Обсуждения и результаты: из 118 пациентов, которые участвовали в исследовании, 89 имели высокую степень активности (75,4%) заболевания. Из них – 45 мужчин и 44 женщин. Средняя продолжительность болезни у пациентов с высокой степенью активности болезни составила 7 лет. Обращает на себя внимание, что 46 пациентов с высокой активностью заболевания имеют повышенный индекс массы тела – это 51,7% от общего числа.

У пациентов с высокой степенью активности у 57 больных (64% от общего числа) встречается спондилоартритическая форма заболевания, у 32 (35,9% от общего числа больных) – полиартритическая.

У наблюдаемых больных 1 рентгенологическая стадия диагностирована у 14 пациентов (15,7%), 2 стадия – у 50 пациентов (56,2%), 3 стадия – у 25 больных -28,1%. Таким образом, среди пациентов с высокой степенью активности ПсА эрозивные формы заболевания выявлены у более 50% больных.

Анемия выявлена у 24 пациентов среди больных с высокой активностью (26,9%).

У 60 пациентов с высокой степенью активности (67,4%) отмечено повышение СРБ.

Сопутствующие заболевания (ГБ, ИБС, пиелонефрит) наблюдались у 20 пациентов высокой степени активности (22,47%).

Выводы: для пациентов с высокой активностью заболевания характерно частое вовлечение в процесс суставов позвоночника, более тяжелая рентгенологическая стадия поражения суставов, с эрозированием, развитие анемии, часто встречаются сопутствующие заболевания, повышенный ИМТ, что несет дополнительный риск развития сердечно-сосудистых катастроф.

Голоденко О.Н., Таценко В.А., Куртунина Д.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС ВСЛЕДСТВИЕ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ НА ДОНБАССЕ

Актуальность исследования. Военная служба в период горячей фазы конфликта сопровождается экстремальными стрессовыми физическими и эмоциональными нагрузками, предъявляя повышенные требования к адапционным резервам личности. Самоактуализация способствует военнослужащему справляться со стресс-факторами боевых действий, сохраняя его личностный Я-образ, и преодолевать травматическое влияние стресса. Исследование механизмов стрессоустойчивости и реализации ресурсных возможностей у комбатантов является актуальной проблемой исследования.

Цель исследования. Изучить особенности самоактуализации личности военнослужащих, перенесших травматический стресс вследствие участия в боевых действиях

Материалы и методы. Обследовано 50 военнослужащих возрастной группы 18-55 лет (средний возраст составил 36 лет), направленных на лечение в РКПБ г. Донецка. При помощи структурированного клинического диагностического интервью у 49 респондентов было подтверждено ПТСР. Испытуемые были разделены на 2 группы: мобилизованные принудительно – 38 человек и мобилизованные добровольно – 12 человек. С целью определения уровня самоактуализации использовался самоактуализационный тест (САТ) Шострома. Метод математической обработки результатов осуществлялся с помощью использования статистических методик анализа. Расчеты проводились при помощи лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты исследования. В ходе исследования получены данные: самые высокие показатели в группе добровольно мобилизованных были получены по двум субшкалам: самоуважения (49,2 Т-баллов) и самопринятия (48,8 Т-баллов); самый низкий показатель по субшкале познавательных потребностей (35 Т-баллов). В группе принудительно мобилизованных самый высокий показатель по шкале принятие агрессии (46,8 Т-баллов), а самый низкий по шкале самопринятие (33 Т-балла).

Выводы. Полученные данные позволяют утверждать, что как мобилизованные добровольно, так и мобилизованные принудительно имеют низкие показатели самоактуализации личности. Таким образом, это свидетельствует об истощении ресурсных возможностей вследствие травматического влияния стресс-факторов боевых действий, что стало предиктором развития посттравматического стрессового расстройства у обследованных. Низкие показатели самоактуализации в сфере познавательных потребностей у добровольно мобилизованных комбатантов, свидетельствуют об отсутствии потребности во внешних впечатлениях, о снижении способности к осознанию необходимости этих знаний для жизни и деятельности. Наиболее выраженное снижение в сфере самопринятия в группе принудительно мобилизованных комбатантов, отражает отрицание личностных достоинств с подчеркиванием недостатков и потерей Я-образа, что способствует развитию идей самообвинения, гипотимии, а в некоторых случаях, и суицидальных наклонностей.

Голубова О.А., Шевченко Д.Ф., Шевченко В.В., Бубликова А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВРАЧЕБНАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Врачебная деонтология – как наука, изучающая вопросы этики, профессионализма, лечебной тактики, психотерапевтического воздействия личности врача на больного имеет огромное значение в диагностике, лечении и профилактике терапевтической патологии играет важную роль в практике врача-терапевта.

Многочисленные научные исследования показали ассоциацию манифестации острой патологии, которой зачастую предшествует психотравмирующая ситуация, сопровождающаяся повышенной впечатлительностью, тревожностью, обидчивостью и т.д. Данные причины требуют от лечащего врача осмысления организационно – деонтологической модели тактики курирования пациентов. Важной частью работы с пациентами, является способность донести до пациента важность избегания стрессовых ситуаций, отказа от вредных привычек, соблюдения режима питания, некоторым пациентам рекомендовать перемену профессии и четко следовать намеченному плану обследований, что нередко вызывает негативную ответную реакцию.

Научно обоснован факт изменение психологического статуса пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, который обусловлен как наличием фоновых нарушений деятельности нервной системы, так и психотравмирующим действием регургитации. Ощущение жжения и болей в области пищевода вызывает эмоциональные переживания, а вместе с тем и страх «голодной смерти» или «сытой боли». Часто ситуация осложнена и тем, что пациенты при изучении специализированной литературы находят статистические данные, которые отображают как отрицательные результаты лечения своего недуга, так и данные об отсутствии эффекта от лечения. Данные действия снижают фон настроения пациента, что в дальнейшем способствует хронизации заболевания и что ведет к невозможности полного излечения.

В литературе неоднократно описаны случаи развития онкологической патологии кишечника, в частности пищевода, при которых на фоне имеющихся жалоб, пациент долго не обращался к специалисту из чувства страха перед процедурой фиброгастроуденоскопии, прибегая к самолечению, а также советам друзей и родных. Данный аспект требует предварительной психологической подготовки пациента к предстоящим исследованиям. Важной частью работы врача является выяснение отношения пациента к предполагаемым диагностическим процедурам, объяснение пациенту их необходимости, значимости и эффективности, а также фиксирование внимания на диагностической информативности процедур. Достоверно установлен факт того, что ряд пациентов не обладает знаниями обширной возможности диагностических мероприятий из-за чего не могут подобрать для себя наиболее оптимальные, комфортные и менее неприятные исследования. Необходимо акцентировать внимание на характере пациента и его психологических особенностях, особенно при хроническом течении заболеваний, которые могут влиять на возможность выздоровления или компенсацию расстройств.

Известно, что пациенты с патологией кишечника отличаются высоким уровнем готовности к стрессу и предрасположенностью к его возникновению. Эти пациенты обладают повышенным уровнем мнительности и тревоги, низкой коммуникабельностью, повышенной озабоченностью здоровьем.

На основании вышесказанного первой задачей психокорригирующего воздействия на больного является нейтрализация его патологической доминанты. Отрицательную информацию о состоянии его здоровья следует устранить или занять это место в мыслях пациента другой информацией, которая может оказать положительный эффект.

Необходимо помнить, что деятельность медицинских работников подвержена экстремальным условиям. Медицинский работник часто сталкивается с фактором неожиданности ситуации и дефицитом времени, при этом допущенная профессиональная ошибка неуклонно приводит к тяжелым последствиям (вплоть до гибели пациента), а самого медицинского работника – к ответственности за неблагоприятный исход лечения. Все это вызывает значительное психологическое давление, снижающее вероятность успеха в достижении поставленной цели, из-за чего могут быть приняты неверные решения в диагностических и лечебных манипуляциях.

Голубова Т.Ф., Тропова О.Ю.

ГБУЗ РК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

ПРОФИЛАКТИКА МЕТЕОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В КОМПЛЕКСЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Воздействие климатопогодных факторов на организм человека вызывает различные метеопатологические реакции. Согласно теории выдающегося курортолога, климатолога Г. М. Данишевского (1890-1971), патофизиологические метеопатологические реакции – это дизадаптационные метеоневрозы, то есть нарушение процессов адаптации является основой метеопатологических реакций.

Погода или ее компоненты не являются непосредственной причиной болезни, а лишь провоцируют ее или способствуют обострению хронического процесса, а у здоровых лиц с повышенной метеочувствительностью вызывают функциональные нарушения. Люди, страдающие хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, опорно-двигательного аппарата, особенно чувствительны к перемене погоды. Их называют метеолабильными, а возникающие патологические состояния в связи с изменением погодных условий – метеореакциями.

Перед началом курса санаторно-курортного лечения необходимо выявить пациентов с повышенной чувствительностью к изменению погоды (метеолабильных). И с учётом выраженности патологического процесса, возраста больного, сезона года и нозологической формы заболевания следует подготовить план лечебных и профилактических мероприятий.

Мы выделяем три вида профилактики метеопатологических реакций: плановую, сезонную и срочную.

Плановая профилактика включает в себя весь комплекс санаторно-курортного лечения, особое место в котором занимает дозированная климатотерапия: аэро-, гелио-, псаммо-, талассотерапия, дозированная лечебная ходьба, прогулки у моря.

Сезонная профилактика проводится в период года с резкими колебаниями метеорологических и геофизических факторов: поздней осенью, в начале зимы, а также ранней весной.

Срочная профилактика проводится с помощью медикаментозной этиопатогенетической и симптоматической терапии. В ней мы выделяем: разовую, проводимую в течение 2-3 дней, при получении неблагоприятного медицинского прогноза погоды, и курсовую, назначаемую с момента поступления больных с выраженной метеотропностью в течение 10-15 дней. Разовая профилактика проводится в основном в летнее время, когда преобладают благоприятные типы погод, лишь иногда контрастно изменяющиеся. В остальное время проводят курсовую профилактику. В процессе лечения за самочувствием больных с повышенной метеотропностью и эффективностью метеопрофилактики необходимо вести постоянное наблюдение. Больные должны быть обучены простейшим приёмам самоконтроля путём индивидуально-групповой разъяснительной работы.

Гольнева А.П., Статинова Е.А., Кишеня М.С., Джоджуа А.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИММУНО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Рассеянный склероз (РС) представляет собой хроническое аутоиммунное заболевание ЦНС, при котором воспаление, демиелинизация и повреждение аксонов приводят к неврологическим нарушениям с различным уровнем инвалидности. Нейровоспаление вызывает хроническую нейродегенерацию и играет важную роль в развитии РС посредством продукции провоспалительных цитокинов, регулирующих активацию и кооперацию иммунокомпетентных клеток, что приводит к воспалительному ответу в ЦНС. Субпопуляции Т-лимфоцитов Th1 и Th17, продуцирующие IFN γ и IL-17A, выполняют роль ключевых эффекторов в патогенезе иммуновоспалительных нарушений при РС. Однако, результаты исследований, характеризующих иммунный статус больных с различными типами РС и роль иммунной системы в прогрессировании заболевания с определением диагностических маркеров клинических форм РС, требуют уточнения.

Целью работы явилось определение иммуно-патогенетических особенностей рассеянного склероза.

Обследовано 120 пациентов с ремиттирующим течением РС (РРС) (29 мужчин (24,17%), 91 женщина (75,83%)) в возрасте 29,5 (23,75;40,25) лет, получавших пульс-терапию метилпреднизолоном (солу-медролом). Из числа пациентов РРС сформированы 2 группы: 1-ю группу составили 39 больных (32,5%), у которых в результате пульс-терапии регистрировали сокращение числа обострений до 1-2 раз в 3-4 года, 2-ю группу – 81 пациент (67,5%) с частотой обострений более одного в течение года и неуклонным прогрессированием заболевания. Диагноз РРС установлен согласно критериям McDonald (2015). В контрольную группу вошли 30 относительно здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту с группами пациентов РРС. Оценка степени функциональных нарушений нервной системы, определяющих степень инвалидизации, проводилась по расширенной шкале инвалидизации EDSS (Expanded Disability Status Scale – EDSS). У пациентов 1-й группы регистрировали <3,5 баллов, во 2-й группе – >3,5 баллов по шкале EDSS. Уровень цитокинов IFN γ и IL-17A, продуцируемых Т-хелперными клетками Th1 и Th17, определяли в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием реактивов фирмы ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург, РФ). Забор крови проводили не менее, чем через 2 недели после обострения и лечения кортикостероидами.

По результатам исследования установлено статистически значимое увеличение уровней IFN γ и IL-17A в обеих группах пациентов РРС по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$), соответственно. В 1-й группе содержание IFN γ превышало контрольный уровень в 1,54 раза, а во 2-й группе в 2,14 раза ($p < 0,001$). Продукция цитокина IL-17A в 1-й группе повышалась в 1,75 раза, во 2-й группе – в 3,2 раза ($p < 0,001$, для всех наблюдений). Учитывая значимые различия между концентрацией цитокинов и клиническим течением РРС, были использованы относительные показатели в виде соотношения IFN γ /IL-17A для оценки активности цитокиновой индукции иммунного воспаления при РРС. Соотношение IFN γ /IL-17A в 1-й группе составило – 0,88, а во 2-й группе – 0,67, что свидетельствовало о более выраженной активности Th17 клеток с гиперпродукцией IL-17A у пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й группой, что вероятно, указывает на связь реакций адаптивного иммунитета и неспецифической защиты.

Таким образом, увеличение содержания IFN γ и IL-17A указывало на высокую активность процессов иммунного нейровоспаления при РРС, как доказательство их патогенетической роли, несмотря на иммунодепрессивное влияние глюкокортикоидов на пролиферацию лимфоцитов. Исследование динамики цитокинов IFN γ и IL-17A и их соотношения может служить индикатором интенсивности иммунного воспаления при РРС и эффективности лечения.

Гонтарь Е.А., Гаврилов А.Е., Мороз А.Б., Хачатурова К.М., Колосова О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ И ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Цель исследования: Изучение связи функционального состояния вегетативной нервной системы с уровнем структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали (СФКЭ).

Материалы и методы: Были обследованы две группы детей – периода сменного (83 человека) и постоянного (119 человек) прикуса. Оба пола в обеих группах были представлены в равной степени. Группа детей со сменным прикусом, в свою очередь, была разделена на две равные подгруппы: с единичным (1 подгруппа, 43 человека) и множественным (2 подгруппа, 40 человек) кариесом. Оценку состояния вегетативной системы проводили согласно общепринятым методикам по таблицам Гийома-Вейна с вычислением коэффициента Хильдебранта (Q), позволяющего оценить межсистемные взаимоотношения сердечно-сосудистой и дыхательной системы. В норме его значение колеблется от 2,8 до 4,9. Уровень структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали определяли по тесту эмалевой резистентности (ТЭР). Интенсивность кариеса определяли индексом КПУ для постоянного прикуса и КПУ+кп для сменного прикуса.

Результаты исследования: Среднее значение индекса КПУ+кп в 1 подгруппе составило $0,6 \pm 0,06$. Во 2 подгруппе индекс КПУ+кп равнялся $6,7 \pm 0,3$. По всей совокупности обследованных детей со сменным прикусом индекс КПУ составил $3,7 \pm 0,13$. Уровень СФКЭ существенно различался в выделенных подгруппах. В 1 подгруппе среднее значение индекса ТЭР составило $3,6 \pm 0,1$, во 2 подгруппе – $4,7 \pm 0,15$ ($p < 0,001$). По всей совокупности обследованных детей со сменным прикусом уровень СФКЭ составил $4,15 \pm 0,13$ баллов. Вычисление межсистемных отношений по коэффициенту Хильдебранта показало, что у детей обеих подгрупп этот показатель лежит в границах нормы. Но если у детей с единичным кариесом значения Q приближаются к нижним границам нормы ($3,5 \pm 0,1$), то у детей с множественным кариесом отмечается его явная симпатотоническая направленность ($4,7 \pm 0,1$). Различия достоверны: $p < 0,001$. По всей совокупности обследованных детей со сменным прикусом уровень межсистемных отношений по коэффициенту Хильдебранта составил $4,1 \pm 0,12$ баллов. Частота пульса у детей с множественным кариесом существенно повышена ($79,1 \pm 2,8$) по сравнению с детьми, имеющими единичные кариозные поражения ($69,4 \pm 1,4$). Различия достоверны: $p < 0,01$. По всей совокупности обследованных детей со сменным прикусом частота пульса равнялась $74,3 \pm 2,1$ ударов в минуту. Частота дыхания в 1 подгруппе составляет $20,1 \pm 1,2$, во 2 подгруппе – $17,7 \pm 0,8$ ($p > 0,1$). Различия недостоверны, но тенденция четко прослеживается. По всей совокупности обследованных детей со сменным прикусом частота дыхания составила $18,9 \pm 1,0$ дыханий в минуту. В группе детей с постоянным прикусом индекс КПУ равнялся $2,7 \pm 0,1$. Уровень СФКЭ равнялся в среднем $3,9 \pm 0,14$ баллов по всей совокупности обследованных. Вычисление межсистемных отношений по коэффициенту Хильдебранта показало, что у детей с постоянным прикусом этот показатель лежит в границах нормы, значения Q составили $3,2 \pm 0,1$. Частота пульса у детей с постоянным прикусом составила $67,2 \pm 1,1$ ударов в минуту. Частота дыхания в этой группе равнялась $16,7 \pm 1,2$ дыханий в минуту.

Обсуждение результатов и выводы: очевидна связь между функциональным состоянием вегетативной нервной системы и устойчивостью зубов к кариесу. Происходит сдвиг вегетотонуса в сторону преобладания функциональной активности симпатического отдела вегетативной нервной системы при нарастании интенсивности кариозного процесса и снижении уровня структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали зубов. Подобные изменения значительно повышают риск кариозной атаки и ведут к множественному кариесу зубов как сменного, так и постоянного прикуса.

Гордиенко П.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С РАЗЛИЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ

Актуальность. В 2014г. для жителей Донбасса началась непрерывная цепочка событий стрессогенного характера. Эскалации и деэскалации военного конфликта на Донбассе 2014-2022г.г. перемежались с пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19 и сопровождалась неблагоприятными факторами информационной среды. Не оправившись от эпидемии, жители Донбасса столкнулись с обострением боевых действий в феврале 2022г. Воздействие острого и хронического военного, коронавирусного и информационного стресса в совокупности можно назвать термином «комбинированный стресс». Сочетание различной интенсивности факторов, длительно воздействующих на психическое здоровье жителей Донбасса, а особенно – студенческой молодежи, является уникальным и требующим изучения.

Целью исследования. Изучить взаимосвязь толерантности к неопределенности и уровня нервно-психической устойчивости у студентов медицинского университета.

Материалы и методы. Исследование проходило в мае 2022 года. Контингент испытуемых (102 человека) представлен студентами 1-6 курсов в возрасте от 18 до 40 лет. Исследование уровня нервно-психической устойчивости (НПУ) проводилось с помощью Опросника оценки НПУ «Прогноз-2». Оценивание особенностей толерантности к неопределенности студентов разных групп проводилась с использованием «Нового опросника толерантности к неопределенности». Для сравнения выборок был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение. В исходе исследования средние значения показателей толерантности к неопределенности составили: в I группе – -0,105, во II группе- 0,087, в III группе – 0,076; для шкалы интолерантности: I группа – 0,034, II группа – 0,14, III группа – -0,056; по шкале межличностной интолерантности к неопределенности: 0,249 для группы I, -0,042 для группы II, -0,045 для III группы. Наличия статистически достоверной корреляционной связи между показателями исследуемых групп не выявлено ($p < 0,05$).

Выводы. Наблюдаемым контингентом учащихся были продемонстрированы, в большей степени, средние показатели толерантности к неопределенности. Даже студенты с низкими показателями нервно-психической устойчивости продемонстрировали удовлетворительную способность справляться с ситуацией неопределённости. Показанный шаблон реагирования может являться как выработанной в условиях длительного воздействия комбинированного стресса системой адаптивных механизмов – так и дезадаптивной схемой совладания, ориентированной, не в последнюю очередь, на социальную желательность ответов. Статические и динамические особенности развития этого процесса требуют дальнейшего изучения. Полученные результаты могут быть использованы при разработке дополнительных исследовательских программ по улучшению уровня психической адаптации студентов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Горнаева Л.С., Румянцева Г.Н., Шатохина Н.А., Смирнова Т.А.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тверь

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С ГРЫЖЕЙ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Актуальность. По данным Тверской области, на 100 тысяч детского населения приходится 83 подростка с ЮОХ (ювенильным остеохондрозом). Примерно у 1% детей данное заболевание осложня-

ется грыжей межпозвонкового диска (МПД), требующей оперативного лечения. В ходе диагностики и лечения грыжи МПД особое внимание уделяется нервному корешку, вовлеченному в дискорадикулярный конфликт. Одним из актуальных методов исследования функционального состояния периферической нервной системы является электронейромиография (ЭНМГ).

Цели исследования: улучшить диагностику и лечение грыжи МПД пояснично-крестцового отдела позвоночника у детей.

Материалы и методы. В нейрохирургическом отделении Детской областной клинической больницы г. Твери (с 2013 по 2020 г.г.) было обследовано и пролечено 98 детей с ЮОХ (мальчики – 41, девочки – 57). Возрастная группа от 12 до 14 лет составила 30 детей, от 15 до 17 лет – 68 детей. В основную группу (34 ребенка – 34,7%) вошли дети, которым потребовалось оперативное лечение по поводу грыжи МПД, в контрольную (64 ребенка – 65,3%) – дети с ЮОХ, которым успешно проведена консервативная терапия. ЭНМГ проводилась для объективизации оценки результатов оперативного лечения. Данное исследование выполнено 60 пациентам: 34 – из основной группы (до операции и через 10 дней, 3, 6 месяцев после операции); 26 – из контрольной (15 – с грыжей МПД, 11 – без грыжи МПД). Наиболее показательные изменения по ЭНМГ отмечались в подгруппе оперированных детей, где доминировал радикулярный синдром, на фоне которого отмечались ишемизация, компрессия структур спинного мозга. Информативными оказались показатели с икроножного и большеберцового нервов с ипсилатеральной стороны относительно грыжевого выпячивания МПД. В подгруппе оперированных больных у 29 пациентов при поступлении изменения со стороны показателей ЭНМГ встречались в виде: 1) соотношение Н-рефлекса к М-ответу составлял 4,2-4,4%, по сравнению с контрольной группой, где данный показатель варьировал в пределах 6,2-6,7%; 2) увеличение латентности Н-рефлекса до 36,0 – 39,1мс; в контрольной группе, данный показатель варьировал в пределах 30,1-35,9 мс (тест Стьюдента для независимых переменных, $p < 0,001$).

Выводы. По данным ЭНМГ в случае радикулопатии на фоне грыжи МПД пояснично-крестцового отдела позвоночника могут отмечаться изменения в виде уменьшения соотношения Н-рефлекса к М-ответу и увеличения латентности Н-рефлекса. Данные критерии можно использовать для оценки эффективности оперативного лечения, динамики функционального восстановления спинномозгового нерва, пострадавшего в результате дискорадикулярного конфликта.

Городник Г.А., Андропова И.А., Герасименко А.С., Назаренко К.В., Ващенко А.В., Ребковец И.И., Захарчук Н.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк
Центральная Городская Клиническая больница № 6, г. Донецк

ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СЕДАЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПОМОЩЬЮ ПРОПОФОЛА И ДЕКСМЕДЕТОМИДИНА

Цель. Использовать медицинскую экспертную систему (МЭС) для индивидуализированного подбора оптимальной схемы седации (Сед) с помощью дексмететомидина (Декс) или пропофола (Пр) и выявления основных предикторов эффективности Сед у пациентов нейрохирургического профиля.

Материал и методы. В исследование включен 51 больной в возрасте 18-70 лет с диагнозом «сочетанная тяжелая черепно-мозговая травма». Протокол Сед включал введение препаратов Декс или Пр в течение 60 мин с последующей коррекцией дозы до достижения уровня Сед по результатам BIS-мониторирования (BIS-XP «Aspect Medical System» (США). 28 пациентов (1-я группа исследования – 1ГИ) получали Декс ($1,10 \pm 0,20$ мкг/кг/ч), 23 пациента (2-я – 2ГИ) – Пр ($2004,3 \pm 18,8$ мкг/кг/ч). В МЭС использовали: оценку по шкале ком Глазго (ШКГ), количественную ЭЭГ (кЭЭГ) (система Nihon Kohden Corporation EEG-1200K), показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) (Ютас ЮМ 200).

Исследования проводили поэтапно: до начала Сед (I этап), в момент введения препарата (II), через 30 мин после введения (III), через 1 час после начала Сед (IV), через 1 сутки (V) и через 3 суток (VI) после начала Сед, при пробуждении (VII).

Результаты. Добивались 5-го уровня Сед по шкале Ramsay. По результатам BIS-мониторирования статистически значимое «падение» BIS-индекса выявлено на II этапе исследования у больных обеих ГИ. Рост BIS-индекса до первоначальных значений отмечен на этапе пробуждения. В 1ГИ и 2ГИ выявлены значимые различия показателей BIS-индекса на III- VI этапах исследования. Несмотря на то, что мы использовали дозы Пр, рекомендуемые Международными стандартами, в данном исследовании при введении пропофола был зафиксирован более низкий уровень BIS, не превышающий 40, что следует считать признаком чрезмерной глубины седации.

По результатам МЭС рассчитывали «прогностический» коэффициент нейросетевого анализа (КНА). Выявили, что достаточный уровень седативной терапии достигается при КНА от 1 до 2,5. Изучали «монотонность» изменений КНА и BIS-индекса – отсутствие их значимых различий от III до VI этапа исследования. Выраженная «монотонность» изменений КНА и BIS-индекса была типичной только для пациентов 1-й ГИ. При использовании Пр выявлены периоды со значимым синхронным падением показателей КНА и BIS-индекса – на IV и на VI этапах. Напротив, на III и V этапах значимое падение BIS-индекса сочеталось с достаточно высокими показателями КНА (от 2,0 до 3,5-4,9 баллов), что не соответствовало достаточному уровню седации. Это связано, вероятно, с накопительным и дозозависимым влиянием Пр на показатели количественной ЭЭГ.

Фармакологическое действие обоих исследуемых седативных препаратов характеризовалось высоким уровнем прямой корреляционной зависимости значения КНА от уровней усредненной относительной спектральной мощности в β 2-диапазоне и межполушарной когерентности в симметричных центральных областях СЗС4 в диапазоне β 2 активности.

Закключение. Снижение уровня спектральной мощности и межполушарное разобщение β 2-активности ЭЭГ является одним из основных предикторов глубины седации у пациентов нейрохирургического профиля при использовании Декс и Пр. Созданная МЭС эффективна для индивидуализированного подбора оптимальной схемы профилактики и лечения боли, как препаратов, так и их дозирования, у пациентов отделения нейрохирургический интенсивной терапии в режиме реального времени.

Городник Г.А., Андропова И.А., Назаренко К.В., Григоров К.С., Добророднова О.И., Мирошник С.П., Харламова А.М., Харламова Ю.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГБУ «Центральная городская клиническая больница № 6», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧМТ, ОТНЕСЕННЫХ К 3-М КЛАСТЕРАМ МЕТОДОМ НЕЙРОСЕТЕВОГО АНАЛИЗА

Цель. Изучить особенности цереброкардиальных взаимодействий у пациентов с тяжелой ЧМТ (ТЧМТ), отклассифицированных методом нейросетевого анализа в 3 кластера.

Материалы и методы. Открытое проспективное исследование по типу «случай-контроль», в котором принимали участие 89 пациентов с диагнозом ТЧМТ, осложненная комой I-II ст. В динамике терапии проводили анализ: уровня сознания по шкале ком Глазго (ШКГ), количественной ЭЭГ (кЭЭГ) с помощью компьютерного цифрового энцефалографа Nihon Kohden EEG, вариабельности сердечного ритма (ВСР) (Ютас ЮМ 200).

Нейросетевые модели строили с использованием пакета Statistica neural networks. Была создана нейронная сеть Кохонена со 150-ю нейронами (150 показателей: бальная оценка уровня неврологического дефицита по шкале ком Глазго, параметры абсолютной (ASM) и относительной (OSM) спектральной ЭЭГ мощности, межполушарной (МПКГ) и внутриволушарной (ВПКГ) когерентности, интегральных коэффициентов, ASM «узких ЭЭГ-диапазонов», которые отражают деятельность определенных нейромедиаторных систем ЦНС, данных спектрального анализа показателей вариабельности сердечного ритма) во входном слое и тремя нейронами в выходном, то есть анализируемые объекты эффективно разделялись на 3 группы – кластера (С1).

Результаты и обсуждения. 1-й С1 характеризовался самым высоким уровнем летальности (34,4%), не включал пациентов, у которых доказано сформировалось вегетативное состояние. Данные всех 7-и пациентов, у которых был доказан исход ТЧМТ в вегетативное состояние, отнесены ко 2-му С1, летальность в этом кластере – минимальная, 0%. Летальность С1 3 составила 8,3%, это так сказать, «самый пожилой» кластер – средний возраст колебался от 52 до 64 лет.

Особенности цереброкардиальных взаимодействий (ЦКВ) выявляли в С1 с использованием корреляционного анализа – вычисления коэффициента ранговой корреляции Кендалла (τ). У пациентов 1-го С1 выявили значимые связи (ЗС) уровня общей мощности спектра (total power, TP), которая отражает суммарное влияние симпатических и парасимпатических отделов на формирование сердечного ритма, и значениями МПКГ в симметричных центральных и окципитальных отделах, параметрами ВПКГ правого полушария, что свидетельствует о смещении центрального контура ВРС преимущественно в диэнцефальную области ЦНС. У больных 2-го С1 зафиксированы ЗС между TP и ASM δ - β 1-ритмов и OSM β 1- β 2- диапазонов, что свидетельствует о разобщении центрального контура ВРС, с доминирующими влияниями на ВРС как верхнестволовой области, так и корковых систем ЦНС. У пациентов 3-го С1 определены ЗС между TP и значениями МПКГ в симметричных лобных, окципитальных и, в меньшей степени, в центральных отведениях, ВПКГ в т.н. «специфических» парах (FrT) в обеих гемисферах, связанных с локальным влиянием мамиллоталамической системы на синхронизацию биоэлектрической активности коры больших полушарий, что описывает у этих пациентов центральный контур ВРС как стволовые структуры, оказывающие и кардиальные, и восходящие корковые воздействия.

Выводы. Выявленные различия ЦКВ у пациентов 3-х С1 ТЧМТ описывают физиологические особенности формирования патологических посттравматических систем, что возможно использовать для выбора комплексов интенсивной терапии. Исследования продолжаются.

Городник Г.А., Билошанка В.А., Ермилова М.В., Ермилов Г.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Тяжелая изолированная черепно-мозговая травма (ЧМТ) вносит в систему гемостаза грубые изменения, которые способствуют развитию внутрисосудистого свертывания крови и тромбообразованию. Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ), как правило, сопровождается синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) крови, существенно влияющим на прогноз заболевания из-за развития тромбозов и (или) геморрагий.

Цель исследования. Определить наиболее информативные изменения в системе гемостаза и использовать их для прогнозирования исходов у пациентов с изолированной ТЧМТ.

Материалы и методы. Обследовано 82 пострадавших с изолированной ТЧМТ, в возрасте от 18 до 58 лет, которые находились на лечении в отделении нейрореанимации Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО). 79 пострадавших оперированы по поводу сдавления головного мозга внутричерепными гематомами в сочетании с ушибом головного мозга. Консервативное лечение проводилось у 13 больных с ушибом головного мозга тяжелой степени. Комплекс лечения включал экстракраниальные мероприятия, направленные на искусственную поддержку функции жизненно важных органов и систем организма, и интракраниальные, направленные на защиту головного мозга, нормализацию его кровообращения, функции гематоэнцефалического барьера, метаболизма и ликвороциркуляции, на предупреждение и лечение отека-набухания мозга, внутричерепной гипертензии, нейромедиаторных и других нарушений. Антикоагулянтную терапию не проводили.

Все пострадавшие поступали в крайне тяжелом состоянии, уровень сознания по шкале ком Глазго 4-8 баллов. Контрольную группу составили 24 практически здоровых донора. Исследование системы гемостаза проводилось на базе клиничко-биохимической лаборатории ДОКТМО в 1-е, 2-3-е, 5-6-е,

10-е и 15-е сутки от момента травмы и включало 15 гемостазиологических параметров: количество тромбоцитов, агрегация и степень агрегации тромбоцитов, длительность кровотечения по Дьюку, активированное время рекальцификации, протромбиновый индекс по Квику, активированное частичное тромбопластиновое время, тромбиновое время, количество фибриногена по Рудбергу, активность антитромбина III, количество плазминогена, фибринолиз XIIa – зависимый и индуцированный, антиплазминовая активность, количество растворимых фибрин-мономерных комплексов. Для определения уровня изменений в системе гемостаза проводили расчет интегрального показателя степени выраженности синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдрома). В зависимости от исхода ТЧМТ пострадавшие были разделены на две группы: первая группа – 24 выживших пациента и вторая – 58 умерших.

Результаты и обсуждение. Выявлены межгрупповые различия по проведенным тестам свидетельствуют о наличии более короткого периода гиперкоагуляции у пострадавших с летальным исходом. Исследование физиологического антикоагулянта антитромбина III (АТ III) в 1-е сутки показало его увеличение в обеих группах, что свидетельствует о достаточно адекватном ответе антикоагулянтного звена на возникшую гиперкоагуляцию. На 2-3-е сутки АТ III был снижен, а 5-6-е сутки были наиболее напряженными, так как уровень АТ III был ниже 60% в обеих группах, что является лабораторным признаком ДВС крови. К 10-м суткам во II группе АТ III был ниже нормы на 64%, на фоне четкой тенденции к увеличению его в I группе. Это характеризует степень декомпенсации резерва физиологических антикоагулянтов на 5-6-е сутки посттравматического периода и предрасполагает к развитию тромбогеморрагических осложнений.

Изучение изменений фибринолитического звена позволило констатировать его активизацию в первые сутки, с максимальным увеличением на 5-6-е сутки (как системы фибринолиза, так и уровня антиплазминов), с последующим снижением этой активности к 10-м суткам и нормализацией уровня плазминогена к 15-м суткам в I группе. Во II группе отмечена начальная активация фибринолиза с последующим прогрессирующим истощением плазминогена и ростом антиплазминовой активности.

В первые сутки исследований у больных, перенесших тяжелую ЧМТ, были выявлены изменения в системе гемостаза, характерные для ДВС-синдрома, определена степень его выраженности. У умерших пациентов с ТЧМТ отмечался неблагоприятный интегративный симптомокомплекс, отображающий показатель степени выраженности ДВС-синдрома. Снижение интенсивности ДВС-синдрома свидетельствовало об эффективности проводимой терапии и являлось благоприятным диагностическим моментом.

Выводы.

1. У пострадавших с летальным исходом – более короткий период гиперкоагуляции.
2. Уровень тромбоцитопении и степень тромбоцитопатии имеют четкую прогностическую значимость.
3. Выявлена четкая зависимость между потенциалами физиологических антикоагулянтов, ферментативной коагуляции, фибринолиза и выживаемостью пострадавших.
4. Величина интегрального показателя степени выраженности ДВС-синдрома имеет прогностическую значимость для исхода заболевания.

Городник Г.А., Билошапка В.А., Мендзяк Р.М., Лысак Е.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ И СТРУКТУРА ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (БЕЗ КОЕК) ДОКТМО

ДОКТМО (Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение) является многопрофильным лечебным учреждением, которое оказывает медицинскую помощь третьего уровня. В амбулаторно-поликлинических условиях по 42 специальностям, в стационаре по 22 профилям на 1115 коек, имеет собственную диагностическую базу, которая использует более 800 диагностических

методов. Также ДОКТМО является базой лечебной, учебной и научной работы 18 кафедр Донецкого национального медицинского университета.

Стационарная служба ДОКТМО представлена отделениями хирургического и терапевтического профиля. В состав отделений хирургического профиля входят следующие отделения: кардиохирургическое, сосудистой хирургии, торакальное (1 и 2), хирургическое (1 и 2), нейрохирургическое (1, 2, 3, 4), урологическое, эндоурологии и литотрипсии, микрохирургии глаза, отоларингологическое, проктологическое, гинекологическое, а также отделение акушерской и экстрагенитальной патологии. Терапевтический профиль представлен: аллергологическим, ревматологическим, пульмонологическим, нефрологическим, гастроэнтерологическим, неврологическими (1 и 2) отделениями, а также отделением неотложной кардиологии.

В структуре ДОКТМО имеются следующие отделения интенсивной терапии: акушерской, новорожденных, нейрохирургическое, кардиологическое, отделение интенсивной терапии общего профиля, а также отделение анестезиологии и интенсивной терапии (без коек), которое является одним из самых многочисленных в структуре ДОКТМО.

Всего в отделении 105,5 ставок, из них 20,0 врач-анестезиолог для плановой работы, 19,25 – для экстренной помощи и 1 ставка детский врач-анестезиолог.

В 2022 в отделении работает 31 врач анестезиолог-реаниматолог: штатных сотрудников 31 и 3 совместителя, из них 2 сотрудника кафедры анестезиологии, медицины неотложных состояний ФИПО ГОО ВПО ДонНМУ им.М. Горького. С учетом внешних совместителей в отделении работают 5 кандидатов наук.

За 9 месяцев 2022 года проведено 6104 анестезии, из них при плановых оперативных вмешательствах 2307 (большую часть при этом составляют эндотрахеальные наркозы – 1231, но также широко используются методы комбинированной анестезии (эндотрахеальная в сочетании с эпидуральной или спинномозговой анестезией). Возросло количество экстренных оперативных вмешательств, и впервые количество анестезий при urgentных операциях, превысило количество плановых и составило 3797 анестезий. Большая часть операций по экстренным показаниям выполняется под эндотрахеальным наркозом – 1701, но также широко используется как внутривенная (776), так и эпидуральная (1133) анестезия.

Научная работа в отделении проводится под руководством заведующего кафедрой анестезиологии, интенсивной терапии, медицины неотложных состояний ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО д.мед.н., профессора Городника Г.А.

Отделение анестезиологии и интенсивной терапии (без коек) оснащено наркозно-дыхательной аппаратурой, мониторами операционно-хирургическими, BIS-мониторами, инфузоматами, перфузорами, а также набором для трудной интубации.

Препаратами для проведения анестезии (тиопенталом натрия; кетамин; ГОМКом; сибазоном; круароном; пропофолом; фентанилом;) отделение достаточно полно обеспечивается за счет гуманитарных поставок, а также за счет бюджетных закупок администрацией ДОКТМО.

Одной из основных задач на 2023 год является, совместно с хирургической службой улучшить качество подготовки больных к плановыми операциями, используя для этого возможности диагностического центра и отделений ДОКТМО.

Городник Г.А., Джоджуа Т.В., Маршук И.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства, г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

ОСМОТИЧЕСКИЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЙ СИНДРОМ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Актуальность. Осмотический демиелинизирующий синдром (ОДС) – жизнеугрожающее состояние, при котором остро возникает демиелинизация головного мозга на фоне водно-электролитных

нарушений, как правило, связанных с быстрой коррекцией гипонатриемии. На сегодняшний день существует недостаточное количество клинических исследований, позволяющих с уверенностью говорить обо всех механизмах развития ОДС.

Цель работы. Оптимизация диагностического и лечебного алгоритма клинических вариантов течения осмотического демиелинизирующего синдрома на основании сопоставления собственных наблюдений с данными литературы.

Материалы и методы: за период с 2020 по 2022 год наблюдали три собственных клинических случая ОДС: два по причине рвоты беременных тяжелой степени и один на фоне хронической диареи. Приводим один из этих случаев. Больная Л., 23 лет, поступила в перинатальный центр с жалобами на тошноту, головокружение, незначительную боль в эпигастральной области, однократную рвоту. Лечилась амбулаторно и стационарно около 2 месяцев, без эффекта. Диагноз при поступлении: беременность 1, 13 недель. Легкая рвота беременных. Гепатоз беременных? В течение недели стационарного лечения состояние улучшилось, прекратилась рвота, уменьшилась тошнота. Консультирована невропатологом: энцефалопатия (вероятнее всего токсико-метаболическая с глазодвигательными нарушениями, вестибулопатией). Проведена гепатопротекторная, противорвотная, инфузионная терапия, три операции плазмафереза. Состояние улучшилось. Однако на восьмые сутки лечения возобновилась рвота до 4-5 раз в сутки. Присоединились: слабость, головокружение, шаткость походки, переведена в отделение интенсивной терапии (ИТ). Повторно осмотрена неврологом: сознание ясное, контакту доступна, астенизирована, горизонтальный нистагм в обе стороны, сухожильные рефлексы с рук $d > s$, коленные повышены $s > d$, симптом Бабинского с двух сторон, красный дермографизм. У больной резидуальная (дисметаболическая) энцефалопатия в виде рефлекторной пирамидной недостаточности, дисфункции вегетативной нервной системы, астенического синдрома. С целью уточнения диагноза проведена МРТ, на которой обнаружены билатеральные симметричные гиперинтенсивные очаги в промежуточном и среднем мозге в режиме T2 ВИ и во FLAIR. Выявленные изменения могут быть обусловлены дисметаболическими нарушениями (экстрапонтинный миелолиз) и воспалительным процессом (энцефалит). Для исключения энцефалита проведена люмбальная пункция. Данные спинномозговой жидкости – без патологии. Окончательный диагноз: дисметаболическая энцефалопатия, экстрапонтинный миелолиз.

Результаты: в данном случае можем предположить, что клинически значимой причиной снижения содержания тиамина была чрезмерная рвота беременных, что и явилось триггером развития экстрапонтинного миелолиза, полинейропатии нижних конечностей, дисметаболической энцефалопатии. Верность диагноза подтверждается регрессом неврологической симптоматики и уменьшением выявленных ранее очагов гиперинтенсивности сигнала на фоне своевременно начатой терапии тиамином. Начало заместительной терапии должно проводиться немедленно, не дожидаясь результатов лабораторных и инструментальных обследований. Целесообразно парентеральное введение тиамина до введения растворов глюкозы, так как углеводная нагрузка в условиях дефицита витамина В1 усугубляет повреждение головного мозга.

Заключение. Следует обратить внимание на рост заболеваемости данной нозологии – только на базе двух клинических учреждений за 2 последних года было выявлено три случая осмотической демиелинизации, что не может не навести на мысль о серьезной необходимости строгого соблюдения стандартов коррекции витаминов и дисэлектролитных нарушений.

Городник Г.А., Линчевская Л.П., Пищулина С.В., Кишеня М.С., Михайлова Т.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

В XXI веке полиморфизм генов изучается при всех видах патологии, т.к. позволяет объяснить варибельность течения заболевания и стать на путь разработки и использования персонализированной терапии. Тяжелая ЧМТ составляет от 20 до 25% всех повреждений и сопровождается высокой

степенью летальности – до 22% (Сабилов Д.М., 2019), которая обусловлена целым рядом факторов, среди которых: локализация повреждения, тяжесть нарушения кровообращения, нарушение системы гемостаза, вторичная альтерация ткани мозга, развитие осложнений. Распространение вторичного повреждения происходит из-за артериальной гипотензии, тромбообразования, нарушений метаболических процессов, ишемии и гипоксии мозга. Но даже для выживших последствия нейротравм не проходят бесследно и сопровождаются высоким уровнем инвалидизации.

Цель исследования – изучить состояние генов цитокинов у пострадавших со средней степени тяжести и тяжелой ЧМТ.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 74 пациента в возрасте от 21 до 63 лет с ЧМТ, из них 38 с ЧМТ средней степени тяжести (1-я группа) и 36 – с тяжелой ЧМТ (2-я группа). Для проведения исследования проводили забор венозной крови и выделение ДНК методом фенол-хлороформной экстракции, полимеразную цепную реакцию проводили с использованием наборов фирмы Литех (Москва). Электрофорез проводили в агарозном геле с последующей визуализацией в ультрафиолетовом свете. Изучали полиморфизмы генов Ил-1 β (С-511Т), Ил-1 β (С3953Т), Ил-4(С589Т), Ил-6(С174G), Ил-10(С819Т), Ил-10(Г1082А). Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи пакетов программ Microsoft Excel 2010, Statistica 6.0. Риск развития событий оценивали по отношению шансов (odds ratio (OR)) с расчётом 95% доверительного интервала (ДИ), а также использованием критерия χ^2 . Статистически значимые различия рассматривались при значении уровня $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Нейровоспаление, которое развивается в результате повреждения реализуется через выброс медиаторов, основными из которых являются цитокины. Активация микроглии способствует выходу цитокинов так называемого «первого звена», основные из которых TNF α , Ил-1 β и Ил-6. Эти цитокины в свою очередь, инициируют поступление цитокинов «второго звена» Ил-2, Ил-3, Ил-5, INF γ , которые способствуют не только регуляции иммунного ответа, но и модуляции локальных и системных механизмов защиты, переключению гуморального и клеточного звена иммунитета, выраженности ответа «острой фазы». Нейровоспаление имеет свои особенности в связи с нарушением гематоэнцефалического барьера и развитием аутоиммунных реакций повреждения, которые становятся причиной нарушения деятельности нейронов в отдаленном периоде. Изучение полиморфизма -308 A/G (rs1800629) гена TNF α показало, что вариант -308 А имел большее количество неблагоприятных исходов по сравнению с -308G (42% против 29%). При изучении полиморфизмов гена Ил-1 β -31 C/T (rs1143627), -511 G/T (rs16944), +3953 C/T (rs1143634) были установлены ассоциации +3953T ($p=0,045$) и -31T ($p=0,031$) с неблагоприятным течением посттравматического периода, нестабильной гемодинамикой, развитием инфекционных осложнений. Исследование полиморфизмов -174 G/C (rs1800795), -572 G/C (rs1800796) и -597 G/A (rs1800797) гена Ил-6 показали наиболее высокую частоту варианта -174 С при неблагоприятном исходе ($p=0,029$).

Выводы. Генетические факторы влияют на течение и исход нейровоспаления, изучение полиморфизмов генов, задействованных при ЧМТ может не только объяснить вариабельность динамики посттравматического периода, но и послужить базой для разработки персонализированного подхода и эффективной таргетной терапии.

Городник Г.А., Назаренко К.В., Андропова И.А., Билошапка В.А., Герасименко А.С., Городник К.Г., Андропова М.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Центральная Городская Клиническая больница № 6, г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

СОЗДАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ И ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ «У ПОСТЕЛИ БОЛЬНОГО» В ОТДЕЛЕНИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Цель: создание и использование медицинской экспертной системы (МЭС) для индивидуальной коррекции интенсивной терапии (ИТ) у пациентов с острой церебральной недостаточностью (ОЦН) различного генеза в режиме «RealTime».

Материалы и методы. Представлены результаты использования медицинской экспертной системы (МЭС), созданной в 2014-2018 гг на основании научно-исследовательской работы (шифр 0114U001924) кафедры анестезиологии, интенсивной терапии, медицины неотложных состояний ФИПО ГОО ВПО «ДОННМУ им. М.Горького» для индивидуальной коррекции интенсивной терапии (ИТ) у пациентов с церебральной недостаточностью различного генеза в режиме «RealTime».

Для создания МЭС обследовали 612 пациентов: 236 – с острой церебральной недостаточностью (ОЦН) вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), 259 с ОЦН из-за тяжелой ЧМТ, 7 – с ОЦН, индуцированной гипоксией (например, отравление угарным газом ит.п.), 110 – с т.н. хронической церебральной недостаточностью (хронической ишемией мозга (ХИМ)). В 1-й, 2-й и 3-й группах были выделены подгруппы: а – клинически исход в вегетативное состояние, б – формирование смерти мозга, в – положительная динамика с восстановлением уровня сознания. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев

В динамике терапии проводили анализ уровня сознания по шкалам ком Глазго (ШКГ), Глазго-Питсбург (ШГП). У пациентов 4-й группы для определения стадии ХИМ использовали классификацию дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП), предложенную Максудовым Г.А., Шмидтом Е.В. и Коганом В.М., 1958 г. У всех пациентов и членов КГ проводили исследование данных количественной ЭЭГ (кЭЭГ). Вариабельность сердечного ритма (ВРС) исследовали с помощью аппарата Ютас ЮМ 200.

Создание МЭС на принципах нечеткой логики включало: разработку программно-аппаратного комплекса, который проводит спектрально-корреляционный анализ ЭЭГ и ВРС в режиме «RealTime»; выявление основных предикторов морфофункционального состояния ЦНС и оценку их диагностической информативности методом нейросетевого моделирования. К ним отнесены: количество баллов по ШКГ, относительная спектр-мощность (ОСМ,%) дельта- и бета2- ЭЭГ-активности суммарно, уровень межполушарной когерентности в симметричных центральных отведениях в δ -, θ -, α - и β -диапазонах, уровни абсолютной спектр-мощности (АСМ, мкВ²/Гц) в «узких» диапазонах 4-5 Гц и 6-7,5 Гц, параметры ВРС – ОСМ VLF (0,04-0,0033 Гц) и LF (менее 0,04 Гц), Alpha 1- коэффициент Херста для ЭЭГ-активности – и коэффициент биспектрального анализа – BIS – в правой гемисфере.

Результаты и обсуждение. На основании параметров нейросети был рассчитан (в баллах) коэффициент нейросетевого анализа (КНА) со следующей градацией: до 1 балла КНА свидетельствовал о возможности летального исхода; 1,01-2 балла – о вероятности формирования вегетативного состояния, 2,01-3 балла – о формировании глубокой и 3,01-4 балла – умеренной инвалидизации, 4,01-5 балла расценивали как возможность полного восстановления. При повторном исследовании на фоне ИТ с применением различных нейротропных препаратов увеличение КНА на 1 балл считали прогностически благоприятным признаком эффективности ИТ, на 2 и более балла – признаком благоприятного прогноза. Отсутствие изменений КНА принимали как отсутствие необходимости в коррекции ИТ, снижение на 1 и более балл – как неэффективность и необходимость коррекции ИТ, неблагоприятный прогноз заболевания.

Вывод. Применение созданной МЭС с вычислением коэффициента нейросетевого анализа позволяет оценивать эффективность интенсивной терапии в режиме «реального времени» у постели больного.

Городник Г.А., Черных С.В., Тюменцева С.Г., Андропова И.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ПО РАЗДЕЛУ «ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ»

Введение. В настоящее время отмечается необходимость более углубленной подготовки врачей по вопросам клинической трансфузиологии на последипломном уровне, а также решения проблемы укомплектованности учреждений здравоохранения врачами-трансфузиологами, т.к. в большинстве из них отсутствуют освобождённые ставки врачей этого профиля или их занимают врачи, не имеющие соответствующей специализации и сертификата.

Основная часть. С 2016 г. на базе кафедры анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ М. ГОРЬКОГО организованы циклы последипломного образования врачей по разделу «Трансфузиология». Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки по специальности «Трансфузиология» предполагает 576 учебных часов, к освоению ее допускаются лица, имеющие высшее медицинское образование и прошедшие интернатуру соответствующего профиля. Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации (стажировка) по специальности «Трансфузиология» предполагает 144 учебных часа, к освоению ее допускаются врачи, имеющие профессиональную подготовку по специальности «Трансфузиология». Для повышения уровня знаний по вопросам производственной и клинической трансфузиологии врачей всех специальностей терапевтического и хирургического профиля предлагаются курсы тематического усовершенствования «Трансфузионная медицина», «Трансфузионная терапия» (108 часов). Программы обучения предполагают ознакомление слушателей с вопросами организации службы крови и донорства, рационального применения инфузионно-трансфузионной терапии в лечебно-профилактических учреждениях, применения экстракорпоральных методов гемокоррекции, анализа трансфузиологических ошибок и осложнений, получение необходимого перечня компетенций по основным разделам трансфузиологии, иммуногематологии, терапии экстремальных ситуаций, необходимых для повышения профессионального уровня, самостоятельной медицинской деятельности, получения врачебной категории или сертификата специалиста. Всего по направлению «Трансфузиология» было обучено более 150 врачей: 9 прошли профессиональную переподготовку, 23 – курсы повышения квалификации, более 100 – курсы тематического усовершенствования, причем на них, как правило, 60% слушателей являются анестезиологами-реаниматологами, 36% – врачами скорой медицинской помощи и лишь 4% – врачами других специальностей, в том числе и хирургического профиля.

Заключение. Для повышения качества оказания трансфузиологической помощи пациентам, а также реализации программ непрерывного образования медицинских работников, руководителям учреждений здравоохранения необходимо более активно использовать возможности кафедры анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний в подготовке квалифицированных специалистов по разделу «Трансфузиология».

Горохова А.А., Чуркин Д.В., Ищенко В.Д., Фролова С.Ю., Карпушев С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ УГРОЗЫ БЕЗОПАСНОСТИ ГОСУДАРСТВА В ПЕРИОД ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Текущая концепция использования биологических агентов в ходе гибридного противостояния нового типа предполагает применение их против гражданского населения оперативной и ближней тыловой полосы военного конфликта, при этом потенциально возможным полагают применение лабораторно модифицированных штаммов возбудителей вакциноуправляемых инфекций (в частности подтверждены эксперименты военных специалистов Украины и стран-участниц НАТО с возбудителем кори).

Также отрабатывается механизм массового контакта таргетированной группы с потенциальным возбудителем, для чего создаются специфичные условия (например, особенности передвижения автомобильного транспорта типа микроавтобус и автобус от КПВВ по временно оккупированной территории ДНР в период 2017-2019 гг., а также режим ожидания родителей с детьми в центрах оформления социальных пособий – там же и в тот же период).

Отдельно необходимо рассмотреть расширение таргетируемой группы за счет роста удельного веса детей до 4 лет неимунных к кори и родителей, сознательно отказывающихся от вакцинации.

Рост удельного веса сознательного отказа от вакцинации может быть ассоциирован с активной пропагандой, направленной на подрыв авторитета системы здравоохранения, качества используемых

вакцин и порядка их применения (коэффициент корреляции между удельным весом отказов от вакцинации и количеством негативных сообщений на интернет-ресурсах, ассоциируемых со спецслужбами Украины о ее последствиях составил 0,59). Также важно подчеркнуть, что рост удельного веса неиммунных связан, в том числе, с показателями экологического загрязнения региона проживания.

Таким образом, имеет место направленное воздействие противника на все этапы эпидемического процесса: источник – модификация вируса кори, механизм передачи – создание очередей и большое скопление людей в одном месте, восприимчивый организм – влияние на отношение населения к вакцинации путем пропаганды и как следствие, снижение показателей вакцинации, что формирует предпосылки к широкому распространению и формированию очага заболеваемости корью.

Поэтому, в условиях вероятного применения возбудителей вирусных инфекций с целью формирования паники среди гражданского населения новых регионов РФ, особенное значение приобретает система социально-гигиенического мониторинга вакциноуправляемых инфекций, направленная как на раннее выявление таргетированных групп, так и на оценку показателей напряженности специфического иммунитета, а также позволяющая оценить объем и качество проведения вакцинации.

Также система социально-гигиенического мониторинга позволяет оперативно выявить дефекты в системе специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний, адресно организовать мероприятия санитарно-просветительской работы, в том числе как с привлечением медицинских специалистов путем прямой коммуникации, так и с использованием ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», что в конечном итоге позволит обеспечить необходимый уровень как биологической безопасности, так и элиминации возбудителей вакциноуправляемых инфекций.

Гребеньков В.Г., Румянцев В.Н., Кушнарев С.В., Балюра О.В., Демко А.Е., Коржук М.С., Сизоненко Н.А., Шишин А.В.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
г. Санкт-Петербург

ПРИМЕНЕНИЕ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ В ХИРУРГИИ: РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ

Актуальность. В настоящее время использование дополненной и смешанной реальности в медицине характеризуется необратимым переходом из средства обучения и предоперационного планирования в разряд инструмента, применяемого во время хирургического или иного вмешательства.

Цель. Изучение особенностей взаимодействия специалистов в составе мультидисциплинарной бригады в периоперационном периоде при практическом использовании дополненной и смешанной реальности в хирургии.

Материал и методы исследования. Материал исследования: данные историй болезни 16 пациентов, находившихся на стационарном лечении в клинике военно-морской хирургии Военно-медицинской академии и НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с декабря 2021 по ноябрь 2022. При подготовке публикации применены хирургический, рентгенологический, информационно-технологический и описательный методы

Результаты. Клиника военно-морской хирургии придерживается варианта хирургической дополненной реальности с проецированием 3D-модели пациента на его оптическое изображение во время операции через аппаратно-программный комплекс дополненной реальности. Для визуализации 3D-модели во время операции используются очки дополненной реальности. Изображение на очках и «склейка» 3D-модели и оптического изображения пациента создаются программным обеспечением (ПО) разработки ООО Medgital и технического университета им. Петра Великого. Для точного позиционирования используется закрепленный на пациенте оптический маркер. 3D-модель строится путем сегментирования данных КТ в ПО 3D Slicer и далее переносится в ПО Medgital. Процедура построения во всех случаях включала on-line конференцию с анализом ранее выполнен-

ных компьютерных томограмм. Минимальный состав включал рентгенолога, хирурга, онколога и инженера-разработчика программного обеспечения. На основании опыта проведенных нами конференций, посвященных 19 пациентам, выработано следующее распределение функций. Рентгенолог осуществляет идентификацию на изображении актуальных нормальных и патологических структур, напр. кровеносных сосудов, опухоли и т.д., затем совместно с инженером проводит сегментацию изображения. Далее инженер создает 3D-модель. В детализации модели принимают участие хирург и онколог, которые формулируют варианты хирургического вмешательства. Далее члены бригады совместно моделируют варианты оперативных приемов и оценивают их эффективность и безопасность. В 7 случаях стало необходимым вернуться на этап сегментации. По достижении приемлемого виртуального результата файлы сегментации и 3D-модели сохраняются и в дальнейшем используются во время оперативного вмешательства. По результатам операции осуществляется подведение итогов в том же составе. Из 19 моделированных пациентов оперировано 16. Реальные результаты оказались близки поученным заранее виртуальным результатам. Трое пациентов не оперированы из-за истощения функциональных резервов либо генерализации опухолевого процесса.

Заключение. Наш опыт подтверждает мнение ряда авторов, о том, что использование технологии дополненной в хирургии реальности является сложной, многоэтапной процедурой, требующей согласованного участия высококвалифицированных специалистов нескольких профилей. Вместе с тем, во процессе работы происходит взаимное обогащение каждого участника навыками смежной специальности. Несомненно, необходимы дальнейшие исследования практического применения технологии дополненной реальности в хирургии.

Гребеньков В.Г., Суров Д.А., Еселевич Р.В., Балюра О.В., Румянцев В.Н., Коржук М.С., Логинов В.А., Агаханова М.Д.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

ВЛИЯНИЕ АНАТОМИЧЕСКОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА НА ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Введение. В общей структуре онкологических заболеваний в России за 2021 год опухоли органов малого таза занимают суммарно более 25%. Данная группа заболеваний включает злокачественные новообразования прямой кишки, внутренних женских половых органов и мочевого пузыря. Выполнение радикальной, зачастую мультिवисеральной, резекции с достижением негативной периферической границы резекции (R0), позволяет добиться 34-46% пятилетней безрецидивной выживаемости у данной категории больных.

Несмотря на стремительное развитие и совершенствование методов хирургического и медикаментозного лечения злокачественных опухолей органов малого таза у 40% оперированных пациентов развивается местный рецидив (MR). Операции по удалению MR возможны у 30-50% пациентов, а в случае отказа от операции продолжительность жизни 97% больных не превышает 6 месяцев.

Для выбора оптимального объема операции на сегодняшний день не существует единых рекомендаций. Прединдиктором благоприятных онкологических исходов лечения рецидивных опухолей органов малого таза (РООМТ) является выполнение R0 резекции, что в большинстве случаев требует проведения мультिवисеральной резекции органов малого таза, вовлеченных в опухолевый процесс.

Цель исследования. Определение объема выполняемых хирургических вмешательств при различной локализации РООМТ

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 48 пациентов, проходивших лечение и оперированных в клинике военно-морской хирургии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова» по поводу РООМТ в период с 2014 по 2020 г.

Для стандартизации характеристик распространения РООМТ оценивали согласно разработанной на кафедре военно-морской хирургии оригинальной классификации, в соответствии с которой полость малого таза условно разделили на 8 анатомических отделов: передне-верхний (ПВ), передне-

нижний (ПН), нижний (Н), центральный (Ц), задне-верхний (ЗВ), задне-нижний (ЗН), боковой левый (БЛ) и боковой правый (БП).

Результаты. Распределение пациентов по полу было следующим: женщин – 31 (64,58%), мужчин – 17 (35,42%). Медиана возраста пациентов составила 56 лет (44,75; 63,25). Локализация первичной опухоли была следующей: шейка матки – 18 (37,5%), тело матки – 9 (18,75%), придатки – 4 (8,33%), прямая кишка – 16 (33,33%), мочевого пузыря – 1 (2,08%).

По количеству вовлеченных в РООМТ отделов малого таза распределение было следующим: один отдел – 5 случаев (10,42%), 2 отдела – 19 случаев (39,58%), 3 отдела – 16 случаев (33,33%), 4 отдела и более – 8 случаев (16,67%). Распределение частоты вовлечения различных отделов малого таза в онкологический процесс составила: ПВ – 27 случаев (17,37%), ПН – 42 случая (26,92%), Н – 12 случаев (7,69%), Ц – 37 (23,72%), ЗН – 3 случая (1,92%), ЛЛ – 17 случаев (10,90%), ЛП – 18 случаев (11,54%).

Медиана продолжительности операции составила 182,5 минут (120; 325). Медиана интраоперационной кровопотери составила 300 мл. (157,5; 510). Паллиативные операции без удаления опухоли были выполнены 7 (14,58%) пациентам. Спектр радикальных оперативных вмешательств распределился так: тотальная инфралевадорная эвисцерация – 4 (8,33%), тотальная супралевадорная эвисцерация – 2 (4,17%), передняя эвисцерация – 11 (22,92%), задняя эвисцерация – 5 (10,42%), передняя резекция прямой кишки – 9 (18,75%), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 5 (10,42%), экстирпация матки – 4 (8,33%), цистпростатэктомия – 1 (2,08%). Во всех случаях достигнута отрицательная периферическая граница резекции (R0). Послеоперационные осложнения зафиксированы у 18 (37,5%) пациентов: 66,58% (n=31): I степени (по Clavien Dindo) – 12 (66,67%), II степени – 3 (16,67%), III-IV степени – 3 (16,67%). Послеоперационная летальность составила 6,25% (n=3)

Обсуждение и выводы. При выполнении комбинированных мультивисцеральных резекций в лечении РООМТ возможно достижение негативной периферической границы резекции. Частота госпитальной летальности и ранних послеоперационных осложнений значимо не отличается от результатов хирургического лечения первичных местнораспространенных опухолей органов малого таза.

Греков И.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДОВ РАКА ЖЕЛУДКА И РАКА ЛЁГКИХ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ИХ ПРОГРЕССИИ

Цель исследования – изучить особенности сосудов в основных гистологических типах рака желудка (РЖ) и рака лёгких (РЛ) на разных этапах их прогрессии.

Материалы и методы. Был изучен секционный и операционный материал пациентов с РЖ и РЛ. Средний возраст мужчин в группе РЖ составил 53,2±3,0 года, женщин 59,0±4,6 лет. В группе РЛ средний возраст мужчин составил 58,9±1,5 лет, женщин 63,8±2,2 года. Пораженные органы описывались по схеме с указанием локализации опухоли, её макроскопической формы и размеров. В дальнейшем проводили гистотопографическое исследование опухоли. Гистологические препараты были изучены под светооптическим микроскопом Olympus VX-40. Оценивалось достаточное количество и качество материала для дальнейшего проведения иммуногистохимического (ИГХ) исследования.

Результаты исследования. В нашей работе мы оценили выраженность и особенности ангиогенеза: локализацию сосудов в опухоли, равномерность распределения их, морфологические особенности строения, превалирование тех или иных гистологических типов сосудов. Инвазия сосудов опухолевыми клетками в случаях РЖ является значимым фактором риска метастазирования, что резко ухудшает прогноз заболевания, поэтому мы выявляли случаи с инвазией сосудов, и с наличием комплексов опухолевых клеток в сосудах.

Во всех типах РЖ и в РЛ опухолевые клетки в сосудах располагались как мелкими группами, так и в виде крупных комплексов, иногда строящих подобия желез, либо в виде желез целиком. Выявлен выраженный полиморфизм опухолевых клеток в сосудах: наряду с клетками округлой формы, обна-

ружены вытянутые и отросчатые клетки с признаками эпителиально-мезенхимальной трансформации (ЭМТ), что облегчает процесс их проникновения в сосуд для быстрого метастазирования.

Во всех группах исследования выявлен резко выраженный полиморфизм новообразованных сосудов. Чаще всего в опухоли преобладали сосуды материнского типа: синусоиды с широкими просветами разнообразной формы, тонкостенные, либо со стенками неравномерной толщины, наличием слоя эндотелиальных клеток, экспрессирующих маркеры CD31 и CD34. Между комплексами опухолевых клеток встречались щели, выстланные только слоем эндотелиальных клеток, с наличием в их просветах эритроцитов. В части сосудов синусоидного типа выявлен пролиферирующий двухслойный эндотелий, имеющий вид очень набухших клеток, вытянутой формы с наличием отростков, выступающих в просвет.

В 52,6±11,5% случаев кишечного РЖ, в 33,4±9,6% случаев диффузного РЖ, в 41,7±14,2% случаев смешанного РЖ и в 59,5±7,6% случаев РЛ в сосудах среднего и крупного калибра был выявлен пролиферативный эндоваккулит с утолщением интимы и стенки сосуда в целом за счет разрастания волокнистой соединительной ткани. В кишечном и смешанном РЖ, а также в РЛ преобладают случаи с большой плотностью сосудистого русла, в диффузном РЖ доминируют случаи с умеренным ангиогенезом.

Мы сопоставили степень выраженности ангиогенеза с наличием опухолевых клеток в сосудах т.к. предположили, что чем выше плотность сосудистого русла, тем больше вероятность инвазии опухолевыми клетками стенок сосудов. Однако не выявлено статистически значимого различия между наличием комплексов опухолевых клеток в сосудах в зависимости от плотности сосудистого русла в кишечном ($p=0,292$), диффузном ($p=0,46$) и смешанном ($p=0,88$) РЖ. В группе случаев РЛ это предположение тоже не нашло подтверждения ($p=0,49$ по критерию хи-квадрат).

Вывод. Таким образом, особенностью сосудистого компонента в раках желудка и лёгких является полная морфологическая и иммуногистохимическая гетерогенность. Изучение этих особенностей поможет в разработке качественной и принципиально новой таргетной терапии, используемой в онкологической практике.

Греков И.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИММУНОКЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СТРОМЫ РАКА ЖЕЛУДКА И РАКА ЛЁГКИХ

Цель исследования – изучить особенности иммуноклеточной инфильтрации стромально-сосудистого компонента в основных гистологических типах рака желудка (РЖ) и рака лёгкого (РЛ).

Материалы и методы исследования. Был проанализирован секционный и операционный материал пациентов с РЖ и РЛ. Средний возраст мужчин в группе РЖ составил 53,2±3,0 года, женщин 59,0±4,6 лет. В группе РЛ средний возраст мужчин составил 58,9±1,5 лет, женщин 63,8±2,2 года. Пораженные органы описывались по схеме с указанием локализации опухоли, её макроскопической формы и размеров. В дальнейшем проводили гистотопографическое исследование опухоли. Гистологические препараты были изучены под светооптическим микроскопом Olympus VX-40. Оценивалось достаточное количество и качество материала для дальнейшего проведения иммуногистохимического (ИГХ) исследования.

Результаты исследования. Была проведена оценка выраженности клеточной инфильтрации стромы опухоли в раке желудка и в раке легкого. В РЖ кишечного типа преобладают случаи с умеренной (42,1±11,3%) и выраженной (42,1±11,3%) воспалительной и иммуноклеточной инфильтрацией стромы. В 15,8±8,4% случаев выявлена слабая инфильтрация стромы. В 62,5±9,9% случаях диффузного РЖ найдена слабая клеточная инфильтрация стромы. 25,0±8,8% случаев характеризовались наличием умеренной клеточной инфильтрации и только 12,5±6,8% случаев имели выраженную инфильтрацию стромы опухоли клетками иммунного ответа. Несмотря на то, что в диффузном РЖ наблюдалась преимущественно слабая иммуноклеточная инфильтрация стромы, в нормальных тканях, окружающих

опухоль, и в СОЖ выявлялось большое количество иммунокомпетентных клеток. Особенно резко заметен данный контраст в случаях перстневидноклеточного рака, а также вокруг очагов перстневидноклеточного строения в случаях недифференцированного рака. Эти наблюдения дают возможность предположить, что высокодифференцированные в функциональном отношении перстневидные клетки (по сравнению с недифференцированными опухолевыми клетками) меньше выделяют хемокинов и других факторов, которые способствуют привлечению иммунокомпетентных и воспалительных клеток в строму опухоли. Однако, при проведении анализа статистически значимого различия степени выраженности клеточной инфильтрации стромы в диффузном раке желудка при различном гистологическом строении опухоли не выявлено ($p=0,26$ по критерию хи-квадрат).

В смешанном РЖ преобладают случаи с выраженной инфильтрацией стромы ($58,3\pm 14,2\%$). Умеренная инфильтрация выявлена в $25,0\pm 12,5\%$ случаев, слабая инфильтрация стромы обнаружена в $16,7\pm 10,8\%$ случаев. Не было выявлено зависимости между выраженностью клеточной инфильтрации стромы и особенностями гистологического строения смешанного РЖ ($p=0,14$ по критерию хи-квадрат).

Обнаруживалось одинаковое число случаев РЛ со слабой и выраженной воспалительной и иммуноклеточной инфильтрацией стромы ($38,1\pm 7,5\%$). Умеренная инфильтрация стромы найдена в $23,8\pm 6,6\%$. В подавляющем большинстве случаев РЛ ($90,5\pm 4,5\%$) более интенсивная клеточная инфильтрация стромы сосредотачивалась на границе опухоли. При проведении анализа не выявлено связи степени выраженности клеточной инфильтрации стромы с гистологическим типом рака легкого ($p=0,22$ по критерию хи-квадрат).

Вывод. Таким образом, не исключается прямого или опосредованного взаимодействия опухолевой стромы с иммуноклеточным инфильтратом в ней.

Григорян Х.В., Великий Е.А., Гиллер Д.И., Баринев Э.Ф.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РЕГУЛЯЦИЯ ПЕРИСТАЛЬТИКИ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЭЛИМИНАЦИИ КОНКРЕМЕНТОВ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА

До настоящего времени отсутствует целостная теория регуляции перистальтики мочеточника в физиологических условиях и при нефролитолизе, что сдерживает совершенствование литокинетической терапии (ЛКТ). Можно предположить, что исследование активности рецепторов, контролирующей сокращение и релаксацию гладкой мышечной ткани мочеточника при ЛКТ позволит приблизиться к пониманию механизмов эффективности/неэффективности элиминации конкрементов. В этом контексте перспективным представляется биотехнология исследования активности рецепторов *in vitro* на тромбоцитах (Тц).

Цель исследования – оценить эффективность ЛКТ при локализации конкрементов средних размеров в верхней трети мочеточника и установить молекулярные механизмы, модулирующие перистальтику мочеточника. Материал и методы. Исследование носило проспективный характер и включало 61 пациента с наличием конкрементов в верхней трети мочеточника. В течение 7 суток пациентам проводили стандартную ЛКТ, включающую блокатор $\alpha 1A$ -адренорецептора, НПВП и антибиотики. По данным визуализационного контроля когорту больных распределили на две группы: с эффективной (1-я группа, 40 пациентов) и неэффективной (2-я группа, 21 пациент) элиминацией конкремента. Средний размер конкремента составил в 1-й группе $-15,1\pm 0,9$ мм (min-max 7,0-25,0мм), во 2-й группе – $16,9\pm 1,8$ мм (min-max 7,0-25,0мм); межгрупповых различий не выявлено ($p>0,05$). *In vitro* на суспензии тромбоцитов исследовали активность $\alpha 2$ -адренорецептора и ТxA2-рецептора, регулирующих сократительную активность мочеточника. Оценку агрегации тромбоцитов проводили турбидиметрическим методом на анализаторе ChronoLog (США).

Результаты. На момент госпитализации у пациентов выявлена гиперреактивность ТxA2-рецептора и $\alpha 2$ -адренорецептора. В 1-й группе на фоне ЛКТ достигалась гипореактивность ТxA2-рецептора; во 2-й группе данный феномен не воспроизводился. По результатам моделирования риска неэф-

фактивной элиминации конкрементов критический порог активности TxA₂-рецептора (TxA₂-Rcrit) составил >35%. Для выбранного порога чувствительность предлагаемого диагностического теста составляла 88,9% (95% ДИ 65,3%-98,6%) и специфичность – 92,1% (95% ДИ 78,6%-98,3%), AUC=0,904 (95% ДИ 0,796 -0,967). У пациентов 1-й группы также наблюдали две волны снижения активности α₂-адренорецептора – через 48ч и 7 суток, в результате развивалась гипореактивность рецептора; во 2-й группе гиперреактивность α₂-адренорецептора сохранялась во всех точках исследования. Критический порог активности α₂-адренорецептора (α₂AR -R crit) при неэффективной элиминации составил >52%. Для выбранного порога чувствительность предлагаемого диагностического теста составляла 80,6% (95% ДИ 64,0%-91,8%) и специфичность – 76,0% (95% ДИ 54,9%-90,6%); AUC=0,809 (95% ДИ 0,689 -0,899). Поскольку значение активности α₂-адренорецептора на уровне 52% соответствует нормореактивности, то логично предположить, что превышение данного значения показателя, связанное с активацией САС, будет провоцировать усиление сокращения ГМК и, как следствие, возможно нарушение транспорта средних конкрементов из верхней трети мочеточника. В этом контексте, эффективность ЛКТ будет определяться степенью ингибирования ЦОГ и синтеза TxA₂, который вызывает сокращение ГМК.

Вывод. Гиперреактивность α₂-адренорецептора и TxA₂-рецептора модулирует функциональное состояние стенки мочеточника, в результате чего снижается эффективность элиминация конкрементов >6 мм из просвета верхней трети мочеточника на фоне стандартной литокинетической терапии.

Гридасов В.А., Домашенко О.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АССОЦИИИ МЕЖДУ ИЕРСИНИОЗНЫМ АРТРИТОМ И ПОЛИМОРФИЗМОМ 31T>C ГЕНА IL-1β И ASN3LYS ГЕНА TNFRSF11B

При прогрессировании иерсиниозной инфекции, генерализации патологического процесса, развитии вторично-очаговых форм, в том числе, иерсиниозного артрита (ИА) изменяется уровень экспрессии генов иммунного ответа, генов интерлейкинов. IL-1β вовлечен в различные звенья костной резорбции: активирует деятельность остеокластов (ОК), тормозит миграцию остеобластов, индуцирует продукцию матриксных металлопротеиназ, тормозит синтез их ингибиторов, повышает продукцию RANK, в свою очередь роль системы RANK/RANKL/OPG в дифференцировании и активации ОК является важным звеном в изучении метаболизма костной ткани, лечении заболеваний, характеризующихся чрезмерной резорбцией кости.

Цель работы. Изучение ассоциации между ИА и носительством аллелей, влияющих на уровень транскрипции гена IL-1β, а также ассоциации между ИА и носительством аллелей, влияющих на уровень транскрипции гена TNFRSF11B.

Материал и методы. В исследование ассоциации между ИА и носительством аллелей, влияющих на уровень транскрипции гена IL-1β вошли 2 группы пациентов: первая группа – 60 человек: 29 мужчин и 31 женщин с ИА, вторая группа (контрольная) – 60 человек (32 мужчин и 28 женщин) с иерсиниозом без поражения суставов. В исследование ассоциации между ИА и носительством аллелей, влияющих на уровень транскрипции гена TNFRSF11B включены 2 группы пациентов: первая группа – 61 человек: 32 мужчины и 29 женщин с иерсиниозом и суставным синдромом, 2-я группа – контрольная: 62 человека: 31 мужчина и 31 женщина с иерсиниозом без явлений артрита. Использовали диагностические тест-системы «SNP-экспресс» – 31T>C гена IL-1β и Asn3Lys гена TNFRSF11B, производства НПФ Литех (Россия). Анализ полиморфных ДНК-локусов осуществляли методом ПЦР с последующей электрофоретической детекцией в 3%-ном агарозном геле, окрашенном в бромистом этидии, с визуализацией результатов в ультрафиолетовом трансиллюминаторе.

Результаты и обсуждение. Частота встречаемости генотипа TT в первой группе составила 51,7%, во второй – 41,7%, генотипа TC – 31,7% и 51,7% соответственно. Частота встречаемости генотипа CC в 1-й группе составила 16,6%, что в 2,5 раза больше в сравнении с частотой данного генотипа в контрольной группе (6,6%) и являлось статистически достоверным. Изучение степени ассоциации по-

лиморфизма 31T>C гена IL-1 β и развития ИА показало, что генотип CC связан с повышенным риском развития ИА ($\chi^2 = 6,09$, $p = 0,049$; OR=2,8, ДИ 0,83-9,49). Результаты генетического анализа Asn3Lys гена TNFRSF11B показали, что частота встречаемости генотипа Asn/Asn в группе с ИА составила 19,7%, что в 1,7 раза меньше в сравнении с частотой данного генотипа в контрольной группе (33,9%). Гетерозиготный вариант полиморфизма Asn/Lys представлен у 49,2% пациентов 1 группы, так в контрольной группе 51,6%. Генотип Lys/Lys в группе с ИА встречался с частотой 31,1%, а в контрольной группе – 14,5%, численно превышая в 2,14 раза, что являлось статистически достоверным. Изучение степени ассоциации полиморфизма Asn3Lys гена TNFRSF11B и развития ИА показало, что генотип Lys/Lys связан с повышенным риском развития ИА ($\chi^2 = 6,08$, $p = 0,49$; OR = 2,66, ДИ 1,09 – 6,49). Показатель OR для генотипов Asn/Lys и Asn/Asn при ИА имел значение менее 1, а именно, OR = 0,91, ДИ 0,45 – 1,84 и OR = 0,48, ДИ 0,21 – 1,09, соответственно, что свидетельствовало о превентивном характере влияния данных генотипов.

Заключение. Таким образом генотип CC гена IL-1 β и генотип Lys/Lys гена TNFRSF11B ассоциированы с повышенным риском развития и прогрессирования иерсиниозного артрита, что позволяет прогнозировать течение иерсиниозной инфекции у пациентов.

Гринцов А.Г., Ахрамеев В.Б., Матийцев А.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ВОПРОСУ ПРЕПАДОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ СТУДЕНТАМ-МЕДИКАМ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Пандемия COVID-19 предоставила медицинским образовательным учреждениям уникальную возможность адаптировать и совершенствовать свои методы обучения. Данный период является уникальным и может стать катализатором существенных изменений и дальнейшего внедрения подхода, основанного на доказательствах, медицинского образования.

Цель: усовершенствовать тесты самоконтроля при изучении хирургических болезней у студентов-медиков и оценить их эффективность.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи на первом этапе были усовершенствованы тесты формата А, состоящие преимущественно из клинических случаев, для каждой из 13-ти изучаемых тем, согласно программе обучения. На втором этапе студентам 3-го курса медицинского университета, при выполнении домашних заданий по хирургическим болезням во время дистанционного обучения, было предложено дополнительно отвечать на пять ситуационных клинических задач, представленных в формате А. В исследовании приняли участие 78 студентов, которые в дальнейшем были разделены на две группы: I – основная группа – 43 обучающихся, которые наряду с общепринятой подготовкой дополнительно, по собственной инициативе, отвечали на предложенные задания. Последние были представлены в виде ситуационных задач, основу которых составляла клиническая картина заболевания с указанием заключительного диагноза. Из исследования были исключены студенты, которые не прошли четыре и более предлагаемых тестов. II – группа сравнения – 35 человек, которые выполняли самостоятельную подготовку только лишь согласно методическим рекомендациям, разработанным на кафедре хирургии. Исследование включало фиксацию времени, затраченного на решение предлагаемых дополнительных усовершенствованных тестов в основной группе.

Результаты и их обсуждение. Для оценки приобретенных знаний и компетенций нами отдано предпочтение тестам формата А. При разработке предлагаемых усовершенствованных тестов учитывался временной характер, а именно: необходимое время для ответов не должно превышать 45 мин. Установлено, что при решении данных тестов (первые четыре темы) необходимое время для решений составило 42 \pm 17 мин., а к середине курса обучения (6-8 тема) время уменьшилось до 31 \pm 11 мин., тогда как на решение 12-13 темы (окончание курса) – 19 \pm 6 мин. Следует отметить, что большинство 31 (72,09%) студентов I группы к концу обучения уделяли время на решение дополнительных тестов от 12 до 21 мин. Для решения тестов самоконтроля, посвященных первым трем темам, в основной – составило 11 \pm 3 мин. на все 10 тестов, тогда как в группе сравнения – 19 \pm 5. Следует отметить, что

большинство студентов I группы правильно ответили на все 10 вопросов, либо допустили не более одной ошибки, в трех случаях правильные ответы были на 8 из 10 поставленных вопросов, а средняя величина правильных ответов составила 95,0%, тогда как во II – 78,5%. Разработанные нами тесты по дополнительным занятиям по хирургическим болезням соответствуют II- III уровням (Таксономия Блума) предусматривают не только понимание и применением фактов клинических сценариев, но и механизмы основных звеньев патогенеза. Следует отметить, что стандартные тесты для самоконтроля по данной дисциплине характерны преимущественно для первого уровня. Путем случайной выборки результатов обучения студентов, участвующих в исследовании, установлено, что количество верных ответов во время самоконтроля по другим клиническим дисциплинам у студентов основной группы составили 82%, тогда как в группе сравнения только лишь 68%. Время затраченное на тесты самоконтроля по другим дисциплинам в I группе – 12 ± 5 мин., тогда как во II – 17 ± 11 . Студенты основной группы одобрили предлагаемые усовершенствованные вопросы для самоконтроля, так как последние повысили их компетенцию и понимание как общих так и частных звеньев патогенеза заболевания.

Выводы: Доказана высокая эффективность использования усовершенствованных тестов: повышение уровня знаний (средняя величина правильных ответов) с 78,5% до 95,0%.

Гринцов А.Г., Матийцев А.Б

«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИМУЛЬТАННЫХ АППЕНДОКТОМИЙ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Развитие и широкое внедрение малоинвазивных технологий в хирургии открывает возможность проведения симультантных операций. Вместе с тем сохраняет актуальность проблема разработки оптимального интраоперационного диагностического и тактического алгоритма, направленного на обоснование симультантных аппендэктомий при лапароскопических вмешательствах по поводу экстренной гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста.

Цель: проанализировать обоснованность симультантных аппендэктомий при лапароскопических urgentных гинекологических вмешательствах у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было проанализировано 276 случаев оперативных вмешательств по поводу острой хирургической патологии органов малого таза у женщин репродуктивного возраста. 39 женщинам наряду с гинекологическими операциями была выполнена симультанная аппендэктомия.

Результаты и их обсуждения. Всем больным по показаниям произведены следующие операции: удаление маточной трубы в связи с наличием в просвете последней плода, коагуляция кровотокающих сосудов яичника в результате апоплексии последнего, органосохраняющие операции при удалении кисты яичника. Оперативные вмешательства выполнялись с использованием малоинвазивных технологий под эндотрахеальным наркозом. Выполнение оперативного вмешательства путем лапароскопического доступа является золотым стандартом у женщин репродуктивного возраста при данной патологии. При осмотре органов брюшной полости в трех случаях имел место спаечный процесс органов малого таза II-III ст., в одном случае аппендикс был спаен с маточной трубой, а в двух других находился в спайках и был травмирован во время операций. В 31 случае выявлено расширение сосудов серозной оболочки отростка и данные изменения расценивались оперирующим хирургом как вторичный аппендицит, что послужило показанием к аппендэктомии. Полученные результаты свидетельствуют, что данный метод не только не исключает удаление неизмененного червеобразного отростка, но и приводит к риску симультанного выполнения необоснованной аппендэктомии. Следует отметить, что предварительно у всех больных, где была выполнена симультанная аппендэктомия отсутствовало согласие на данный вид оперативного вмешательства. Потому возможность и риск симультантной операции необходимо обсуждать с пациентами до операции. Вопрос о возможном выполнении симультанного вмешательства должен быть в обязательном порядке согласован с больной,

а на его проведение заранее получено письменное информационное согласие. Расширение стандартного операционного обследования поступающих по поводу экстренной гинекологической патологии позволит снизить количество необоснованных аппендэктомий. Вместе с тем следует отметить, что в нашем исследовании увеличение объема и длительности операции отрицательно не повлияло на течение послеоперационного периода у данной группы больных.

Выводы. Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что оперативное вмешательство по поводу острой гинекологической патологии часто сопровождается необоснованным удалением неизмененного отростка. Письменное согласие на оперативное вмешательство должно включать информацию о возможном расширении объема операций у данной группы больных.

Гринцов А.Г., Тимофеев В.Д., Абрамова Ю.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЛЕЙОМИОМА ТОНКОЙ КИШКИ

Лейомиома тонкой кишки – заболевание, которое относится к редкой хирургической патологии, поскольку по данным зарубежной и отечественной литературы составляет от 0,095 до 2,3% всех новообразований желудочно-кишечного тракта (Likely, Ю.А. Ратнер).

Приоритет в описании лейомиом тонкой кишки принадлежит Morgagni (1769). Первое патогистологическое исследование лейомиомы тонкой кишки описал Virchow (1854). В литературных источниках периодически встречаются единичные случаи этой патологии.

Цель работы. Представить особенности клинического течения лейомиомы тонкой кишки, обратить внимание на целесообразность проведения тщательной интраоперационной ревизии органов брюшной полости при ургентных и плановых лапаротомиях.

Материалы и методы. Истории болезни; данные клинических, инструментальных (обзорная и контрастная рентгенография органов брюшной полости) и патогистологических исследований; интраоперационное обследование органов брюшной полости на наличие сопутствующей патологии.

Результаты исследования и их обсуждение. Начиная с 1973 года, мы располагаем тремя наблюдениями лейомиомы тонкой кишки. В одном из случаев патология выявлена с учетом клинических проявлений частичной тонкокишечной непроходимости, а в двух других – обнаружена случайно при плановых вмешательствах по поводу желчнокаменной болезни и язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки соответственно.

Клинический случай № 1. Больная 37 лет поступила в клинику с жалобами на периодическое вздутие живота. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости – петли тонкой кишки пневматизированы, чаши Клойбера отсутствуют. При пассаже контрастной массы по тонкой кишке в верхней трети обнаружено сужение за счет сдавления извне. С диагнозом «новообразование тонкой кишки» больная оперирована. Во время операции: образование плотноэластической консистенции округлой формы до 5 см в диаметре с гладкой поверхностью; серозная оболочка перерастянута. Выполнена резекция тонкой кишки. Гистологический ответ: лейомиома тонкой кишки.

Клинический случай № 2. Больной 62 лет в плановом порядке оперирован по поводу деструктивного калькулезного холецистита. При ревизии органов брюшной полости на расстоянии 60 см от связки Трейтца в толще стенки тонкой кишки располагалось подвижное новообразование до 2,5 см в диаметре. Выполнено рассечение серозно-мышечной стенки и удаление новообразования без повреждения слизисто-подслизистого слоя. Гистологический ответ: лейомиома тонкой кишки.

Клинический случай № 3. Больная 53 лет страдала язвенной болезнью желудка на протяжении 22 лет, неоднократно лечилась в стационаре. Поступила в клинику с явлениями субкомпенсированного стеноза, оперирована. При ревизии органов брюшной полости обнаружено уплотнение стенки тонкой кишки 3х2 см. Выполнена пилоропластика с клиновидной резекцией стенки тонкой кишки. Гистологический ответ: лейомиома тонкой кишки.

Результаты наших наблюдений свидетельствуют о том, что лейомиома тонкой кишки небольших размеров протекает бессимптомно, либо с явлениями хронической тонкокишечной непроходимости.

сти. Представленные клинические случаи позволяют утверждать, что тщательная ревизия органов брюшной полости при плановых и urgentных операциях обязательна и способствует интраоперационному выявлению бессимптомно протекающих новообразований тонкой кишки.

Заключение. Учитывая стертую клиническую картину лейомиом тонкой кишки, становится очевидной необходимость тщательной ревизии органов брюшной полости при плановых и urgentных вмешательствах.

Гринцова А.А., Каратаева К.О., Васякина Л.А., Боева И.А.

Республиканский центр профпатологии и реабилитации МЗ ДНР, г. Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

По мнению врачей общей практики, пациенты с COVID-19 даже после легких форм могут иметь проблемы с органами дыхания (легочный фиброз и дыхательную недостаточность) и снижение повседневной активности. Предполагается, что феномен Long-COVID может быть обусловлен как непосредственным воздействием вируса SARS-CoV-2, так и биопсихосоциальными эффектами COVID-19. В настоящее время показана нейротропность вирусной инфекции, проявляющаяся поражением центральной и периферической нервной системы. Депрессия, тревога и стрессовое расстройство – потенциальные долгосрочные последствия COVID-19. Постковидный синдром может развиваться у всех пациентов, перенесших COVID-19, независимо от тяжести заболевания.

Уменьшение доставки кислорода к тканям вследствие воспалительного процесса, активация в результате тканевой гипоксии анаэробных путей метаболизма в ткани мозга и мышцах, нейромедиаторные нарушения делают актуальным применение метода гипербарической оксигенации (ГБО) в комплексном лечении постковидного синдрома. ГБО стимулирует процессы обмена, утилизации глюкозы и кислорода в клетках коры головного мозга вследствие прямого сосудистого действия, нормализует окислительно-восстановительный потенциал клеток, увеличивает кислородную емкость крови.

Сеансы ГБО были включены в комплекс лечения 50 пациентов с Long-COVID. Основную группу составили 30 пациентов, в комплексном лечении получавшие сеансы ГБО. Группу сравнения составили 20 пациентов, получавшие стандартную терапию. Лечение методом ГБО проводилось в барокомплексах БЛКС-303 МК в режиме 0,2-0,5 ати с экспозицией изопрессии 30-40 мин. Курс лечения составил 10 сеансов. Для оценки выраженности астенического синдрома использовали субъективную шкалу оценки астении (MFI-20), для оценки выраженности тревожно-депрессивных симптомов – госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). Толерантность к физической нагрузке оценивали с помощью 6-минутной шаговой пробы до и после лечения. Отмечен изначально высокий общий балл по шкале MFI-20, сформировавшийся за счет показателей общей астении, физической астении и сниженной активности в обеих исследуемых группах. Показатели тревоги и депрессии были выражены субклинически в обеих исследуемых группах. Толерантность к физической нагрузке была снижена в обеих группах по сравнению с нормативными величинами. Пациенты основной группы после курса ГБО отметили улучшение сна, памяти и концентрации внимания. После лечения в основной группе по сравнению с группой контроля достоверно снизились показатели физической и психической астении, повысилась активность, за счет чего уменьшился общий балл астении; в группе сравнения отмечено снижение общего балла астении за счет повышения мотивации и уменьшения общей астении. Уровень депрессии и тревоги в основной группе снизился и после лечения соответствовал норме, в группе сравнения – остался в субклинически выраженных пределах. Повышение толерантности к физической нагрузке в основной группе после лечения по сравнению с группой сравнения выразилось не только в увеличении пройденного расстояния, но и в повышении сатурации артериальной крови кислородом.

Таким образом, применение ГБО в комплексном лечении достоверно снижает выраженность астенического синдрома, тревожно-депрессивных расстройств, а также способствует повышению толерантности к физическим нагрузкам у пациентов с постковидным синдромом.

Гринцова А.А., Каратаева К.О., Чуркин Д.В., Ламбрино М.Г.

Республиканский центр профпатологии и реабилитации МЗ ДНР, г. Донецк

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ АКУБАРОТРАВМОЙ

Основной особенностью современной боевой травмы является преобладание контузий и травм множественного и сочетанного характера. Острое минно-взрывное акубаротравматическое поражение почти не имеет аналогов в клинике заболеваний мирного времени. Акубаротравма, как интенсивный механический стимул взрывного генеза, обуславливает возникновение в структурах головного мозга через звуковоспринимающие пути зоны так называемого «молекулярного сотрясения» мозговой ткани с последующим развитием органических дисфункций. Взрывное повреждение слуховой и вестибулярной систем, а также сопутствующее этому повреждение головного мозга взрывного генеза вызывают характерный комплекс следовых морфологических, цереброваскулярных, нейродинамических, метаболических, иммунологических изменений, которые определяют течение и исход острого посттравматического периода. Использование гипербарической оксигенации (ГБО) при минно-взрывной травме (МВТ), осложненной акубаротравмой основано на восстановлении оксидативного метаболизма в *Stria vascularis*, ионного баланса и электрофизиологической функции лабиринта, повышении напряжения кислорода в перилимфе до 450% от его исходного значения. Также ГБО уменьшает признаки отека мозга и его последствий за счет гипероксической вазоконстрикции, улучшает оксигенацию области пенумбры, сокращает количество осложнений в остром посттравматическом периоде, оказывает положительное влияние на регресс заболевания и быструю реабилитацию.

Сеансы ГБО были включены в комплекс лечения 40 пациентов с МВТ, осложненной акубаротравмой. В зависимости от выбранных режимов ГБО пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 20 пациентов, поступившие на 10 суток после МВТ, сеансы которым проводили на режимах 0,5 – 0,6 ати в течение 40 мин. 15 дней. Вторую группу составили 20 пациентов, поступившие на 15 суток от момента МВТ, сеансы которым проводили на режимах 0,7 – 1,0 ати в течение 40 мин. 15 дней. В комплексной терапии пациенты обеих групп получали медикаментозное лечение (вазодилататоры, бетастин, комбилипен, пирацетам). Пациенты обеих групп предъявляли жалобы на снижение слуха разной степени, шум или звон в ушах, непереносимость громких звуков, головную боль, головокружение, нарушение сна, психоэмоциональную лабильность. Дизартрия была отмечена у 4 пациентов 1-й группы и у 6 пациентов 2-й группы; отсутствие речи на протяжении 2-3 недель наблюдалось у 2 пациентов 2-й группы. По данным тональной пороговой аудиометрии нарушение порога звуковой чувствительности в диапазонах 1,0-4,0 кГц на 20-30 дБ было отмечено в 60% случаев обеих групп, на 4,0 кГц наблюдался обрыв костно-воздушной проводимости с одной или обеих сторон в 80% случаев обеих групп. После курса ГБО у всех пациентов обеих групп было отмечено уменьшение длительности и интенсивности головных болей, улучшение сна, концентрации внимания, переносимости громких звуков. Полное восстановление слуха отмечено у 4 пациентов 1-й группы (20%) и у 5 пациентов 2-й группы (25%). Изменение травматической тугоухости на одну степень наблюдалось у 85% и 90% пациентов 1-й и 2-й групп, на две степени – у 40% и 60% пациентов соответственно. У пациентов с явлениями вестибулопатии, дизартрии и дизлексии удалось добиться восстановления социально значимых функций (слух, речь, ходьба).

Полученные результаты позволяют рекомендовать метод ГБО в комплексной терапии пациентов с минно-взрывной травмой, осложненной акубаротравмой.

Грипп М.Р., Исаакян Ю.А., Джавадов М.Д., Бабкова И.С.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ,
г. Москва

АНГИОФолликулярная гиперплазия лимфатических узлов

Введение. Ангиофолликулярная гиперплазия лимфатических узлов (АГЛ) – это редкое доброкачественное лимфопролиферативное заболевание, которое поражает одну или несколько групп лимфатических узлов. Этиология данной патологии неясна, но факторами, ассоциированными с его развитием, считают ВИЧ-инфекцию, аутоиммунные процессы и инфицирование герпесвирусами. Согласно гистологической классификации выделяют гиалино-васкулярную и плазмоклеточную формы, а клинической – уницентрическую (локальную) и мультицентрическую (генерализованную) формы АГЛ.

Цель исследования. Описать клинический случай ангиофолликулярной гиперплазии лимфатических узлов мультицентрической формы.

Результаты исследования. Пациентка Д., 48 лет, считает себя больной с декабря 2015 года, когда впервые было отмечено рожистое воспаление на правой ноге от середины бедра до лодыжки. Анамнез не отягощён. Лечение проводилось цефтриаксоном и клиндамицином, что привело к ремиссии симптомов. У пациентки развился лимфатический отёк правой стопы неизвестной этиологии. Произведено лечение отёка компрессионными чулками и Диосмином. На протяжении 2016 года отмечались прогрессивные атрофические нарушения кожи в виде трещин на правой стопе, которые сформировали раны. Также наблюдались ночная лихорадка, сонливость и головные боли, а также в паховой области справа пальпировалось твердое образование. В биохимическом анализе крови отмечался повышенный уровень С-реактивного белка. Соскоб показал отсутствие паразитарной или грибковой инфекции. На протяжении 14 дней лечение ципрофлоксацином и клиндамицином без признаков заживления раны. ПЭТ: увлечение лимфоузлов в паховой области до (5,7 см) в паховой области. В августе 2017 года выполнена хирургическая операция в виде биопсии лимфатических узлов и дебрідмента поражённых участков кожи. Морфологическое исследование поражённого участка показало неспецифический хронический воспалительный процесс и сосудистые новообразования в дерме. Биопсия лимфатического узла показала цитоархитектурную организацию и иммуногистохимию, совместимую с АГЛ. Кожный трансплантат прижился. Нарушений двигательной функции или осложнений не наблюдается по сей день.

Заключение. Данное сообщение описывает пациента с редкой лимфопролиферативной патологией, демонстрирующей трудности диагностики и лечения. Несмотря на выраженную распространенность патологического процесса применение всего комплекса лечебных опций позволяет добиться удовлетворительных непосредственных и отдаленных результатов лечения у данной категории пациентов.

Гриценко И.И., Елезова Т.В., Лупитько Е.М., Новицкая Ю.Е., Тюрина С.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

УЧЕТ ГЕНДЕРНОГО АСПЕКТА В ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЕМ

Общественное развитие страны и управление им на государственном уровне, развитие любой отрасли народного хозяйства, предприятия и управления ими – это управление людьми (мужчинами и женщинами) путём принятия определённых управленческих решений, эффективность которых зависит не только от средств и методов управления, но и от существующего кадрового состава, его потенциала, профессиональной компетенции, видения и восприятия миссии и целей организации, желания к самосовершенствованию и улучшению карьерной позиции отдельных индивидуумов коллектива независимо от их половой принадлежности. Но кадровая проблема с учетом гендерного фактора всегда была и будет под вниманием, как со стороны ученых, так и практиков.

Гендер в переводе с английского – пол, вид. Для описания социальных характеристик женщин и мужчин этот термин начали употреблять с 70 г.г. XX в. Первопроходцами этого направления исследования считают Д. Келли, Д. Скотт (США), М. Фокаулт, Ж. Лакан (Франция) и Э. Дженуэй, С. Александер (Великобритания). Все исследователи в разных вариациях, но практически в одной интерпретации, определяли следующие социальные составляющие гендерной концепции: компонент культуры; государственную политику и правовое поле в области гендерного равновесия в стране и их адаптацию к международным стандартам; социальных институтов и организаций деятельность которых не ориентирована феминистически. В научное обращение понятие «гендер» ввел в 1968 г. Американский психолог Роберт Столлер.

Актуальность решения проблемы равноправия женщин и мужчин на рынке труда в нашей стране обуславливается тем, что удельный вес женщин, занятых в народном хозяйстве, достигает более 50%, среди работников аптечных учреждений более 80% составляют женщины, а среди представителей фармацевтической общественности этот показатель равен 90%.

Исследования формирования гендерной политики в фармацевтической области позволили определить соотношение женщин и мужчин на всех уровнях управления: на институциональном – 1:3, на управленческом – 3:2, на техническом – 4:1

Рыночная экономика страны требует повышения требований к конкурентоспособности женщин на рынке труда. Это заставляет женщину повышать свой профессиональный уровень (что очень хорошо как для индивидуума, так и для общества в целом) и уменьшать перерывы в рабочем периоде (что является негативной тенденцией, поскольку входит в противоречие с естественным процессом воспроизводства населения).

Проведенные исследования по половому распределению управленцев высшего и среднего уровней управления позволили нам констатировать тот факт, что доминирующая позиция женщин в фармацевтической отрасли не вызывает сомнения.

В целом экономическая активность женщин и мужчин в области здравоохранения и социального обеспечения находится в пределах 78,3% и 21,7%. Для сравнения: в экономической деятельности это соотношения составляет 48,7% и 51,3%, в строительстве – 19,5% и 80,5%, в торговле – 57,7% и 42,3%; в финансовой деятельности – 56,6% и 43,4%.

Непосредственно, в процессе формирования и реализации гендерной политики могут использоваться следующие подходы: системный, функциональный, интеграционный, комплексный, динамический, процессный, нормативный, количественный, поведенческий, ситуационный, административный и программно-целевой.

Нами определено, что гендерный фактор руководителя, имеющий в организации статус лидера, может доминировать над лидерской позицией, быть равноценным ей или второстепенным по отношению к ней. В первом случае причиной гендерного неравенства является диспропорция в количественном составе представителей обоих полов на руководящих должностях. По теории гендерного отбора лидеров в развитом обществе выдвигаются различные требования к лидерам разного пола, причем требования к женщинам более весомые, чем к мужчинам. Теоретическую основу равноценности гендерного фактора и лидерской позиции составляет социально-ролевой тип поведения руководителя, предусматривающий определенные стереотипы как гендерные, так и лидерские, связанн

Грищенко С.В., Грищенко И.И., Праводелов С.С., Костенко В.С., Басенко И.Н., Миненко Е.Ф., Зорькина А.В., Шевченко В.С., Федосеева И.С., Смутьская Н.Г., Симакопуло В.А., Евтушенко О.В., Семикоз Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Актуальность. Донецкая Народная Республика (ДНР) занимает одно из ведущих мест в Европе по степени концентрации промышленности, в структуре которой доминируют отрасли с вредными усло-

виями труда и значительным количеством выбросов ксенобиотиков в окружающую среду. Донбасс лидирует по всем показателям антропопрессии.

Целью работы была комплексная гигиеническая оценка состояния окружающей среды ДНР по интегральному показателю ее качества, включающему степень антропогенного загрязнения атмосферного воздуха, питьевой воды и почв.

Методы исследования. Гигиенические и медико-статистические.

Результаты. Атмосферный воздух населенных мест Республики загрязнен более, чем 20 антропогенными ксенобиотиками, восемь из которых являются ведущими и постоянно находятся в воздушном бассейне в концентрациях, превышающих гигиенические нормативы: 3,4-бенз(а)пирен (2,3 – 15,8 ПДК), диоксид азота (1,0 – 7,3 ПДК), взвешенные вещества (1,4 – 6,1 ПДК), диоксид серы (1,2 – 11,4 ПДК), оксид углерода (1,6 – 6,5), аммиак (1,0 – 8,5 ПДК), сероводород (1,4 – 12,5 ПДК) и фенол (2,0 – 8,3 ПДК).

Наибольшие объемы выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух дают предприятия угольной промышленности, электроэнергетики и черной металлургии.

Более других страдают от загрязненного воздуха жители Мариуполя, Донецка, Дебальцево, Макеевки, Харцызска, Енакиево, Марьинского и Старобешевского районов, на долю которых приходится более 72% всех выбросов ДНР.

Проведенная комплексная гигиеническая оценка качества атмосферного воздуха населенных мест с применением интегрального показателя – суммарного показателя загрязнения (СПЗ) свидетельствует о том, что уровень антропогенного загрязнения воздушного бассейна высок, является недопустимым и опасным для здоровья населения на всех территориях региона. Наибольшая степень опасности со стороны загрязненного воздушного бассейна имеется для жителей индустриально – городских агломераций с преимущественным развитием металлургической, коксохимической и угольной промышленности (СПЗ = 4272,3 – 6692,2), а наименьшая – для населения отдаленных от них сельскохозяйственных районов, не имеющих собственных значительных источников загрязнения атмосферы (СПЗ = 297,1 – 431, 2).

Установлены особенности химического состава питьевой воды ДНР, заключающиеся в ее чрезмерной минерализации и жесткости, значительном содержании хлоридов и сульфатов, а также в содержании железа, кальция, марганца, свинца, меди, никеля, хрома, стронция, титана, бериллия, циркония и бария в концентрациях, превышающих ПДК. Наименее качественную воду потребляют жители гидрохимических аномалий с высокой степенью антропогенного загрязнения водных источников. Наиболее качественная питьевая вода характерна для сельских районов с низким уровнем применения агрохимии и оптимальным естественным микроэлементно-солевым составом водных ресурсов.

Почвы ДНР загрязнены свинцом, хромом, никелем, магнием, оловом, молибденом, бериллием, марганцем, цинком, висмутом, титаном и литием в концентрациях, значительно превышающих ПДК и фоновые значения.

Выводы. Проведенный по формуле Е.С. Олейникова расчет значений интегрального показателя качества окружающей среды позволил проранжировать административные территории ДНР по степени антропогенного загрязнения атмосферного воздуха, питьевой воды и почв.

Громенков В.Д., Тимофеев В.Д., Багрий А.Э., Храповицкая Е.А., Вильховик М.С.

Дорожная клиническая больница станции Донецк
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

БОЛЬНАЯ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ И ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Обструкция выносящего тракта левого желудочка (ВТЛЖ), а также аортальный стеноз (АС) – выраженная проблема для лиц пожилого возраста. Увеличение частоты сердечных сокращений (ЧСС), ишемия миокарда могут провоцировать отек легких ввиду наличия обструкции и выраженной жест-

кости миокарда. В описываемом случае представлена клиническая картина развития острой левожелудочковой недостаточности вследствие выраженной фиксированной обструкции ВТЛЖ.

Цель работы. Предоставить для рассмотрения клинический случай больной с острым деструктивным панкреатитом и ВТЛЖ с целью демонстрации тяжести течения заболевания и важности своевременной диагностики.

Материалы и методы. Была изучена история болезни, данные лабораторного обследования (клинический, биохимический анализ крови, тропониновый тест, анализ мочи на диастазу), электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ) больной с острым деструктивным панкреатитом и гипертрофией левого желудочка (ЛЖ) со значительной обструкцией ВТЛЖ.

Результаты и обсуждение. Больная Р., 80 лет, поступила в хирургический стационар с жалобами на режущие боли в эпигастрии опоясывающего характера, загрудинную боль, тошноту, сухость во рту. В клиническом анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз, в биохимическом – повышение уровня амилазы (790 Ед/л), анализ мочи на диастазу – 4070 Е/л. Был поставлен диагноз – острый деструктивный панкреатит. Больная получала лечение: гордокс, спазмолитики (платифиллин, папаверин), нестероидные противовоспалительные средства. Во время планового обхода при аускультации сердца зафиксирован грубый систолический шум над всеми точками аускультации, с максимальной интенсивностью над верхушкой, проводящийся влево и на сосуды шеи. По данным Эхо-КГ установлено наличие концентрической гипертрофии миокарда ЛЖ с наибольшим проявлением в базальных отделах межжелудочковой перегородки и передней стенке (до 1,43-1,6 см) с развитием значительной обструкции ВТЛЖ (градиент давления в ВТЛЖ-125 мм. рт. ст.), а также признаки диастолической дисфункции по рестриктивному типу.

На 4-е сутки острого панкреатита пациентка отметила учащенное сердцебиение, нарастание одышки, общую слабость. На контрольном ЭКГ динамика отрицательная (синусовая тахикардия, ЧСС -100 уд/мин, косонисходящая депрессия сегмента ST V3-V6, I, II, avF более 5мм). При иммунологическом исследовании крови на тропонин I было выявлено умеренное повышение – 4,08 г/мл (норма ≤0,29). Данные изменения на ЭКГ и в анализе крови могут быть обусловлены хирургической патологией. Однако, учитывая клинику начинающегося отека легких (усиление одышки, появление мелкопузырчатых влажных хрипов при аускультации, увеличение ЧСС), анамнез, вышеприведенные изменения были трактованы как не-Q инфаркт миокарда. Больная была переведена для дальнейшего лечения в отделение интенсивной терапии, а затем – в кардиологическое.

При выполнении ЭКГ в последующие дни было отмечено уменьшение косонисходящей депрессии сегмента ST в V3-V6 I, II, avF до 2 мм, нормосистолия, улучшение метаболических процессов в миокарде.

На фоне проводимой двойной антитромбоцитарной терапии (кардиомагнил 75 мг и клопидогрель 75 мг), приема статинов, бета-адреноблокатора, нитратов, ингибитора АПФ, диуретика состояние пациентки улучшилось, болевых ощущение в области сердца не отмечает, расширен двигательный режим.

Учитывая наличие очень высокого сердечно-сосудистого риска, больной была рекомендована консультация кардиохирурга с целью решения вопроса о коррекции имеющейся обструкции ВТЛЖ.

Выводы. Продемонстрированный случай наглядно показывает важность своевременной диагностики обструкции ВТЛЖ и АС, особенно у пожилых лиц, во избежание фатальных сердечно-сосудистых осложнений.

Губанова О.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ III КЛАССА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА У ДЕТЕЙ

Гнатические формы мезиальной окклюзии являются одной из наиболее частой причин неудовлетворительного внешнего вида пациентов, лечение которых в постоянном прикусе возможно либо с

помощью сочетания ортогнатической хирургии и ортодонтии, либо весьма компромиссной зубоальвеолярной компенсации с удалением отдельных зубов и приспособлением зубных рядов друг к другу в пределах имеющихся базисов челюстей. Последний вариант лечения, так называемый камуфляж, не позволяет скрыть скелетную проблему, а иногда делает ее еще более заметной. В связи с этим возможности раннего лечения мезиальной окклюзии, по-прежнему, являются актуальными и вызывают постоянный интерес исследователей и практических врачей – ортодонтотв. Лечение детей с аномалиями окклюзии III класса, обусловленным чрезмерным развитием нижней челюсти, является сложной задачей. Целью ортодонта является замедление роста нижней челюсти, что возможно с помощью применения подбородочной пращи. По мнению ряда авторов, удержать рост нижней челюсти невозможно, а эффект пращи состоит в том, что возникает задняя ротация нижней челюсти, что уменьшает выступание подбородка, но увеличивает высоту лица (Уильям Р. Профит). По данным Хорошилкиной Ф.Я., применение внеротовой тяги на нижней челюсти не только задерживают ее рост, но и способствуют изменению ее формы, в частности приводит к уменьшению углов. По нашему мнению, противоречивость данных связана с тем, что эффективность подбородочной пращи обсуждается усреднено – на протяжении всего периода роста ребенка. По нашим клиническим данным, кардинально воздействовать на рост нижней челюсти можно только в периоде от 4 до 7 лет, при этом более позднее применение пращи действительно усиливает заднюю ротацию нижней челюсти и способствует увеличению высоты лица.

Цель исследования – изучить изменения челюстно-лицевого скелета у детей в молочном и смешанном прикусе для повышения эффективности ортодонтического лечения гнатических форм мезиальной окклюзии.

Материал и методы. Проанализированы результаты ортодонтического лечения 10 пациентов в возрасте от 4 до 9 лет, у которых определялись гнатические формы мезиальной окклюзии: у 4 детей – нижняя макрогнатия, у 6 – сочетание нижней макрогнатии и верхней микрогнатии. Для задержки роста нижней челюсти в течение длительного периода (3 – 4 лет, 10 – 14 часов в сутки) применялась подбородочная прача при обязательном разобщении прикуса. Ключевым пунктом лечения являлась нормализация функций, устранение этиологических факторов на протяжении длительного периода лечения, что позволяло прервать патологический замкнутый круг причинно-следственных связей, способствующих неправильному росту. Проводился сравнительный анализ профильных телерентгенограмм пациентов (ТРГ), выполненных в начале и по окончании ортодонтического лечения.

Результаты. Наиболее выраженные изменения были выявлены у 5 детей, которые начали использовать прачу с 4-5 лет: определялось достоверное уменьшение угла, характеризующего положение и относительную величину нижней челюсти (с $83 \pm 1,1^\circ$ до $79 \pm 0,9^\circ$), уменьшение протрузии верхних резцов (со $112 \pm 2,1^\circ$ до $101 \pm 3,2^\circ$), величины угла нижней челюсти – от 12 до 20° . Неожиданным оказалось уменьшение вертикальных параметров у 2 пациентов, имевших в возрасте 5 лет тенденцию к вертикальному росту (изменение угла NSL – NL с $37,5^\circ$ до 32°). Особенно показательными были изменения Wits -числа (в одном из случаев с $-11,0$ мм до $+1,0$ мм). У 3 детей, начавших раннее лечение, в возрасте 9 – 10 лет не выявлялись признаки скелетного III класса, исчезли признаки зубоальвеолярной компенсации (протрузия верхних, ретрузия нижних резцов).

Выводы. Эффект раннего лечения сочетания подбородочной пращи и внутриротовых аппаратов на фоне изменения функционального матрикса влияет не только на изменение сагиттальных параметров, но и изменение типа роста на более горизонтальный.

Давыдова А.В., Беседина Е.И., Лыгина Ю.А., Данилюк А.Н.

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Донецк
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) и сальмонеллез до настоящего времени занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире регистрируется до 1-1,2 млрд. «диарейных» заболеваний.

Цель исследования. Изучить эпидемиологические особенности ОКИ в Донецкой Народной Республике (ДНР).

Материалы и методы. Проанализированы статистические данные, полученные при работе с отчетными формами № 1 и № 2 «Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных болезнях» 2016 – 2021 гг.

Результаты. После проведения изучения заболеваемости ОКИ в ДНР, было сделано заключение о наличии тенденции к снижению ее уровня от 242,8 до 143,9 на 100 тыс. населения. Наиболее интенсивный уровень заболеваемости ОКИ (220,8; 242,8 и 200,1 на 100 тыс. населения) отмечался в 2017-2019 гг.

В структуре общей инфекционной заболеваемости без гриппа и острых респираторно-вирусных заболеваний (ОРВИ) ОКИ составляют до 50%.

Заболеваемость шигеллезом регистрировалась на спорадическом уровне. При этом, отмечается снижение заболеваемости ОКИ установленной этиологии (на 1,4%), ротавирусным энтеритом (на 7%) и кишечным иерсиниозом (в 2,9 раза).

В 2021 г. отмечалось незначительное снижение заболеваемости ОКИ. Всего было зарегистрировано 3248 случаев ОКИ (2020 г. – 3283 сл.). Показатель заболеваемости (143,9 на 100 тыс. населения) ниже показателя за аналогичный период 2020 г. на 0,34%. (2020 г. – 144,4 на 100 тыс. населения) и ниже среднего многолетнего показателя ОКИ (190,6 на 100 тыс. населения) в 1,3 раза.

Интенсивность эпидемического процесса ОКИ на разных административных территориях существенно отличается от 2021 г. В 2021 г. выше среднего республиканского показателя (143,9 на 100 тыс. населения) отмечалась заболеваемость ОКИ в г. Снежное (153,2 на 100 тыс. населения) и в г. Донецке (157,6 на 100 тыс. населения). Наиболее высокие показатели заболеваемости зарегистрированы в г. Макеевке (189,3 на 100 тыс. населения) и в Новоазовском районе (297,8 на 100 тыс. населения).

В видовой структуре заболеваемости ОКИ преобладали гастроэнтероколиты установленной этиологии – 63,6%; ОКИ неустановленной этиологии – 27,4%; сальмонеллез – 8,97%; шигеллез – 0,03%

Заболеваемость ОКИ регистрировалась среди населения всех возрастов с преобладанием детского населения (81,4%). Среди детей наибольшее количество случаев ОКИ зарегистрировано в возрастной группе от 1-го до 4-х лет (48,9%).

Эпидемиологический надзор проводился в рамках каждой конкретной нозологической формы ОКИ и включал в себя учет, сбор, хранение и передачу информации о случаях заболеваний, их этиологии, исходах и факторах риска, а также эпидемиологическом анализе и диагностике, проводимых с целью оценки и прогнозирования эпидемической ситуации.

По данным эпидемиологического мониторинга за 2016 – 2021 гг. основные возбудители ОКИ: *Enterobacter*, *Proteus vulgaris*; *Citrobacter*, *Klebsiella* и др.

Заболеваемость сальмонеллезом в ДНР также имеет тенденцию к снижению в 2 раза. Наиболее интенсивный уровень заболеваемости сальмонеллезом (27,7; 24,7 и 22,9 на 100 тыс. населения) отмечался в 2017-2019 гг.

В течение 2019-2021 гг. массовые вспышки ОКИ на территории ДНР не регистрировались. Своевременное выявление больных и проведение соответствующих профилактических и противоэпидемических мероприятий позволило не допустить возникновения эпидемических вспышек и снизить среднее количество пострадавших в групповых очагах ОКИ от 3-х до 5-ти человек.

Выводы. Актуальной задачей эпидемиологической службы ДНР является усовершенствование эпидемиологического надзора (способность выявлять детерминанты эпидемического процесса при спорадической и вспышечной заболеваемости) и проведение эпидемиологического расследования с установлением причинно-следственных связей возникновения спорадических очагов ОКИ и групповой заболеваемости.

Давыдова А.В., Ткаченко И.М., Данилюк А.Н.

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Госсанэпидслужбы МЗ ДНР, г. Донецк

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИММУНИТЕТА К КОРИ И КРАСНУХЕ В СИСТЕМЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Корь и краснуха – вирусные инфекции с аэрозольным механизмом передачи, наиболее эффективным средством профилактики которых является вакцинация.

Целью работы стало проведение анализа состояния коллективного иммунитета к вирусам кори и краснухи у населения Донецкой Народной Республики (ДНР) с последующим прогнозом эпидемической ситуации по этим инфекциям на следующий эпидемический сезон. Полученную информацию также предполагалось использовать для обоснования необходимости проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий против кори и краснухи.

Материалы и методы. В работе представлены результаты, полученные вирусологической лабораторией Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения ДНР. Исследования проводились с применением тест-систем для иммуноферментного анализа «Вектор-Бест», служащих для качественного и количественного определения иммуноглобулинов класса G в сыворотке крови – «ВектоКорь-IgG» и «ВектоРубелла- IgG».

Для объективной оценки состояния коллективного иммунитета в 2022 году в план обследования включены 328 здоровых лиц всех возрастных категорий от одного до 60 лет, проживающих в различных городах и районах ДНР.

Результаты. Проведенный анализ показал, что удельный вес восприимчивых к вирусу краснухи лиц составил 2,4%, что соответствует критериям эпидемиологического благополучия (не более 7%). В 13% случаев уровни антител у обследованных достигали 300 МЕ/мл и выше, что, вероятнее всего, свидетельствует о недавно перенесенной острой краснушной инфекции. При этом, имеющаяся низкая выявляемость клинических случаев болезни свидетельствует о том, что преобладают бессимптомные или стёртые формы, которые зачастую принимаются клиницистами за проявления аллергии или другие заболевания.

Удельный вес серонегативных к вирусу кори лиц составил 11%, что превышает верхний уровень критерия эпидемического благополучия на 4%, наличие следового количества специфических антител (уровень антител ниже защитного) выявлены у 9,5% обследованных. Таким образом, группа риска по заболеванию коревой инфекцией составляет 20,5%.

Выводы. Полученные результаты требуют акцентирования внимания к проблеме иммунопрофилактики кори и краснухи, чтобы улучшить и предотвратить неблагоприятный прогноз по их распространению.

Давыдова Т.О., Денисов В.К., Захаров В.В., Онищенко Е.В., Варибрус С.А., Захарова О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

ПРЕПОДАВАНИЕ ЦИКЛА «ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ» КАК ОСНОВА ПОНИМАНИЯ ПРОБЛЕМ ОРГАНОГО ДОНОРСТВА В МИРЕ

Включение цикла «Трансплантология» в программу обучения студентов 6 курса Донецкого медицинского университета позволит будущим докторам повысить свою осведомленность в региональных и мировых проблемах трансплантации и ее неотъемлемой части – органном донорстве, а также интегрировать знания из уже изученных смежных дисциплин, в том числе психологии, философии, так как цикл способствует размышлению об этических и моральных принципах, солидарности, взаимопомощи, достоинстве.

Материалы и методы: закрытый опрос в рамках оценки исходного уровня знаний, проведен в первый день преподавания цикла и во время изучения темы «Донорство органов».

Интервьюерами были 206 студентов 6 курса, в осеннем семестре 2021-2022 учебного года, прошедшие предварительное распределение по врачебным специальностям.

Опросник включал в себя следующие пункты с вариантами ответов «да», «нет», «свой вариант» и комментарии к ответу по желанию:

1. Известно ли Вам о существовании трансплантологии и Трансплантационного центра в ДНР?
2. Известно ли Вам о законодательной базе в сфере трансплантологии в ДНР?
3. Знаете ли Вы, кто может быть донором органов для последующей трансплантации?
4. Знаете ли Вы, что обозначает термин «смерть мозга» и патогенетические принципы ее диагностики?

Результаты: в опросе принимали участие студенты практически всех специальностей лечебного профиля: врачи общей практики, хирурги, анестезиологи-реаниматологи, акушеры-гинекологи, урологи, невропатологи, дерматовенерологи, эндокринологи, психиатры, судебно-медицинские эксперты и др.

В ходе опроса было выявлено следующее:

- 78% опрошенных не знали, о том, что Донецкий Трансплантационный Центр функционирует и, несмотря на боевые действия, в ДОКТМО ежегодно выполняются трансплантации;
- 95% – не знали о существовании законодательной базы в сфере трансплантологии, об условиях и порядке трансплантации органов;
- 69% – имели лишь поверхностное представление как о родственных, так и о посмертных донорах, путались в определении понятия родства;
- 92% – не смогли дать определение термину «смерть мозга»;
- 99% опрошенных студентов шестого выпускного курса не имели даже минимальных знаний о патофизиологических основах, положенных в диагностику смерти мозга, не могли определиться с медицинскими и правовыми последствиями установки такого диагноза.

Большинство опрошенных (78%), слышали и знают о трансплантации только из средств массовой информации и телевидения (научно-популярные телепередачи, интернет, «желтая» пресса с «горячими» новостями, нашумевшие новинки кинематографа). Этими фактами можно объяснить почему большая часть трактует полученную информацию не совсем, а иногда в корне не верно.

В ходе нашего цикла, наблюдалась большая заинтересованность молодого поколения будущих врачей в нашем предмете, студенты активно принимали участие в обсуждениях, изучали литературу, максимально включаясь в учебный процесс.

Заключение. Студенты 6 курса, до прохождения цикла «Трансплантология», не имеют достоверной информации о трансплантации, донорстве органов, не готовы аргументировано выражать свои мысли по данным вопросам как с коллегами, так и с потенциальными пациентами; владеют недостоверной информацией о донорстве и трансплантации в целом, с трудом могут применять уже имеющиеся знания по различным предметам.

Всесторонние современные научно обоснованные образовательные программы для будущих медицинских работников – один из основных путей решения проблем трансплантологии.

Включение цикла «Трансплантология» в учебную программу стало положительным опытом в качестве стратегии преподавания для улучшения знания и понимания проблемы донорства не только в Донецкой Народной Республике, но и во всем мире.

Данилова Е.М., Титиевский С.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Нервная анорексия – синдром невротического регистра, характерный в большей мере для девочек-подростков и девушек, и проявляющийся воздержанием от пищи, отсутствием аппетита, что сопро-

вождается снижением веса, развитием аменореи, сменой привычек, состоянием гиперактивности. Патопсихологические аспекты нервной анорексии в современном мире остаются не до конца исследованными, как и столетия назад.

Цель исследования. Изучение патопсихологических и психологических особенностей нервной анорексии у детей и подростков.

Материалы и методы исследования. Нами обследован 31 больной (3 юношей (9,7%) и 28 девушек (90,3%)) нервной анорексией в возрасте от 10 до 17 лет, находившийся на стационарном лечении в детском отделении Республиканской психиатрической больницы МЗ ДНР. Используются клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический (опросник характерологических особенностей личности Т.В.Матолина, пробы на обобщение, исключение и способность делать умозаключения, методики словесно-ассоциативного эксперимента А.Г.Иванова-Смоленского, «Пиктограмма» А.Р.Лурия, «Прогрессивные матрицы Равена», обучающий эксперимент «Кубики Кооса») методы исследования, анализ медицинской документации (историй болезни).

Результаты исследования. Основной частью обследованных являлись девушки в возрасте 13-16 лет, что представляет мировую статистику распространенности данного заболевания. В большинстве случаев установлено наличие соматической патологии, связанной либо не связанной со снижением массы тела. Церебральная органическая патология выявлена у 22,6% обследованных. В 93,5% случаев выявлены связанные с началом анорексии факторы триггерного характера, среди которых достоверно ($p < 0,05$) преобладали замечания сверстников (одноклассников) по поводу лишнего веса. Потеря веса всеми пациентами вызывалась с помощью диетических ограничений. Достоверно ($p < 0,05$) преобладало применение чрезмерных физических упражнений среди дополнительных факторов снижения массы тела. Установлено достоверное ($p < 0,001$) превалирование у обследованных интеллектуальной нормы. В 71,0% случаев обнаружены деформации личности, среди которых выявлено достоверно ($p < 0,01$) больше шизоидных изменений (в личностной и когнитивной сферах) и истероидных проявлений. С возрастом увеличивается значимость семейных конфликтов в генезе нервной анорексии и использования слабительных и мочегонных средств для снижения веса. Демонстрирующие тяжесть анорексии нарушения менструального цикла характерны для шизоидных личностей, использующих слабительные и мочегонные средства. Для истероидных обследованных характерны «триггерные» конфликты со сверстниками (одноклассниками), более высокое значение индекса массы тела, отсутствие церебральной органической патологии, интеллектуального снижения, наличие личностных деформаций тревожного типа.

Выводы. Выявленные нами закономерности определяют основные направления диагностики и лечения при нервной анорексии у детей и подростков.

Данилова Е.М., Титиевский С.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АГРЕССИВНОСТИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ

Расстройства поведения являются одной из наиболее актуальных проблем детской и подростковой психиатрии, а значимость социальных и клинических аспектов агрессивности при данных расстройствах в настоящее время требует комплексного рассмотрения данного вопроса.

Цель нашего исследования заключалась в изучении социальных и клинических особенностей агрессивности при расстройствах поведения.

Материал и методы. Нами изучена медицинская документация 71 больного с наличием расстройств поведения, находившегося на стационарном лечении в детском отделении Республиканской психиатрической больницы МЗ ДНР. При экспериментально-психологическом исследовании больных использованы опросник характерологических особенностей личности Т.В.Матолина, пробы на обобщение, исключение и способность делать умозаключения, методики словесно-ассоциативного эксперимента А.Г.Иванова-Смоленского, «Пиктограмма» А.Р.Лурия, «Прогрессивные матрицы Раве-

на», обучающий эксперимент «Кубики Кооса», тест «пятна Г.Роршаха», проективный графический психометрический тест измерения интеллекта Ф.Гудинафа в адаптации С.С.Степанова «Нарисуй человека», арифметические пробы, интерпретация пословиц и поговорок, методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн, графическая проективная методика «Дом. Дерево. Человек», методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса.

Результаты. У 71,8% исследованных выявлено наличие деприваций, определявших возникновение социально-защитного компенсаторного агрессивного поведения. Гетероагрессивные проявления преобладали среди психологических свойств исследуемых. В большинстве случаев выявленная агрессия (агрессивность) оценена как выраженная. Проявления агрессии (агрессивности) достоверно связаны с наличием как социализированного, так и несоциализированного расстройства поведения. Воспитание в неполной семье и эгоизм в большей степени были характерны для выраженной агрессивности, по сравнению с агрессивностью незначительной. Проживание в городе, статусы сироты, а также лишённого родительской опеки, воспитание в полной семье, нормальный и субнормальный (вследствие деприваций) уровни интеллекта, стремление к лидерству (без особых на то оснований) и истероидный стиль поведения в большей степени характеризовали у исследуемых незначительную агрессивность.

Выводы. Выявленные нами закономерности могут быть использованы для повышения эффективности медико-психолого-педагогической коррекционной работы с данными больными.

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Актуальность. В последние годы отмечается рост нарушений менструальной функции у пациенток, приводящих к нарушению трудоспособности, физической и умственной активности. Ко многим известным и, в значительной степени, изученным факторам воздействия на эту патологию добавились новые причины, а именно, COVID-19. Поэтому актуален поиск причин и методов лечения данных проблем.

Цель исследования. Выявить особенности нарушения менструальной функции у пациенток, перенесших COVID-19 и обеспечить их лечение и реабилитацию.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 195 девушек в возрасте от 20 до 25 лет, 58 из которых перенесли коронавирусную болезнь. Из 58 переболевших пациенток 28 указывали на нарушение менструальной функции, что составляло 48,3%. Именно эти 28 пациенток были полностью обследованы.

Результаты исследования. Выявлено, что у 28 пациенток наблюдались нарушения менструальной функции во время или после перенесенного COVID-19. У 16 пациенток эти проявления манифестировали впервые, что составило 57,2% от всех обследуемых пациенток. Нарушения менструальной функции проявлялись:

- дисменореей (28 случая, что составило 100,0%);
- олигоменореей (11 случаев, что составило 39,3%);
- аномальными маточными кровотечениями (17 случаев, что составило 60,7%).

Всем пациенткам проведены следующие обследования:

- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови (общий билирубин, общий холестерин, общий белок, трансаминазы);
- анализ крови на витамин D;
- УЗИ гениталий;
- гормональные исследования (ТТГ, Т3, Т4, пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон в 1 и 2 фазу менструального цикла).

Выявлено, что 10 пациенток (35,7%) страдали гипохромной анемией У 17 пациенток выявлено снижение, а у 1 – дефицит витамина D. Выявлена недостаточность прогестерона в 2 фазу менструального цикла у 23 пациенток (90,6%), нарушение соотношения ФСГ/ЛГ у 10 пациенток (35,7%), относительную гиперэстрогению у 6 пациенток (21,4%). У 19 (82,1%) выявлена гиперпролактинемия. У остальных девушек наблюдалось нарушение менструальной функции при нормальных показателях гормонов яичников. У большинства пациенток нарушение менструальной функции в виде аномальных маточных кровотечений наблюдались в острый период коронавирусной болезни и через 2 месяца после манифестации клинических проявлений COVID-19. Олигоменорея проявлялась в более отдаленные сроки, часто сочеталась с проявлениями предменструального синдрома. Лечение аномальных маточных кровотечений и олигоменореи проводилось монофазными эстроген-гестагенными препаратами и фитопрепаратами, содержащими экстракт плодов прутняка обыкновенного (*Fructus Agni casti*). Недостаток витамина D восполнялся водным раствором витамина в различных дозировках.

Выводы. У пациенток, перенесших острую коронавирусную болезнь, возникают нарушения менструального цикла, которые наблюдаются практически у половины (48,3%) пациенток. В острый период болезни преобладают аномальные маточные кровотечения (60,7%). Олигоменорея в более отдаленные сроки и диагностирована у 39,3%. У всех пациенток обнаружена дисменорея. Комплексная терапия с использованием монофазных КОК, фитопрепарата, содержащего экстракт плодов прутняка, и витамина D обеспечила восстановление нормальной менструальной функции.

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОБЛЕМА АЛЬГОМЕНОРЕИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Частота альгодисменореи у подростков и женщин репродуктивного возраста в настоящее время составляет до 85% и продолжает неуклонно расти. Это связано с тем, что лишь незначительное количество пациенток, страдающих данной проблемой, обращаются за медицинской помощью. На сегодняшний день проблема альгодисменореи у пациенток приобретает особое значение, поскольку является частой причиной снижения работоспособности, пропусков занятий в школах, вузах, потери трудоспособности, ухудшение родственных отношений и психоэмоционального состояния. Интересен тот факт, что данные симптомы одинаково часто встречаются у пациенток как с тяжелыми, так и с легкими формами альгодисменореи.

Цель исследования. Оценить выраженность симптомов при альгодисменореи и их влияние на качество жизни пациенток репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования. Проведен социологический опрос 262 женщин репродуктивного возраста с использованием опросника Мак-Гилла, опросника Вейна.

Результаты исследования. Проведенное анкетирование женщин репродуктивного возраста обнаружило, что 212 (80,9%) респондентов беспокоит боль во время менструации, преимущественно в первые дни, особенно девушек в возрасте 16-22 года. Значительная часть – 163 респондента (62,2%) отметили у себя раздражительность, агрессивность и повышенную утомляемость во время менструации, а половина опрошиваемых – 131 (50%) – депрессию или

плаксивость. 37 (14%) пациенток при опросе отметили, что их беспокоит тошнота, рвота во время менструации. 166 (63,4%) респондентов испытывают дискомфорт в молочных железах (отеки, нагрубание, боль, повышенная чувствительность груди), 82 (31,3%) – отметили наличие отеков на теле. 68 пациенток (26%) беспокоит метеоризм, 22 пациентки (8,4%) – зуд, а у 31 пациентки (11,8%) – повышается температура тела.

Для купирования боли во время менструации 176 (67,2%) пациенток принимают препараты, а именно:

- Ибупрофен – 44 (16,8%);
- Но-Шпа -30 (11,5%);

- Тамипул – 16 (6,1%);
- Парацетамол – 6 (2,3%);
- другие – 80 (30,5%).

При этом у 123 пациенток (46,9%) данные лекарственные препараты полностью облегчают боль, а у 51 пациенток (19,5%) – частично.

Из числа опрошиваемых у 188 респондентов (71,8%) бывают задержки менструаций, при чем почти у половины они приходились на период сессии. У 114 респондентов (43,7%) задержки длятся 1-3 дня, у 50 (19,2%) – 5-7 дней, у 47 (18%) – более 10 дней.

Выводы. Альгодисменорея значительно влияет на жизнь современной пациентки репродуктивно-го возраста. Ожидание боли во время следующей менструации может сказываться на общем самочувствии, на снижении работоспособности, психоэмоциональном состоянии женщины, на ее семейных отношениях. Именно поэтому данная патология является не только медицинской, но и социальной проблемой.

Дегтяренко Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ГЕЛЕВЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЗУБОВ

Цель исследования. Анализ и обобщение современных литературных данных и собственных клинических исследований, посвященных изучению эффективности применения современных гелевых средств для реминерализации зубов.

Материалы и методы. Были проанализированы и обобщены данные современных литературных источников и собственных исследований, посвященных изучению эффективности применения современных гелевых средств для реминерализации зубов.

Результаты и обсуждение. Реминерализующая терапия с применением кальцийсодержащих гелей обеспечивает значительный лечебный и профилактический эффект. На данный момент наиболее доступными и популярными реминерализующими гелями являются «GC Tooth Mousse» и «R.O.C.S. Medical Minerals».

»GC Tooth Mousse« – это средство, произведенное в Японии, которое содержит RECALDENT™ (СРР-АСР: Казеин Фосфопептид – Аморфный Кальций Фосфат). Ахмедова З.Р. с соавторами не зарегистрировали прироста кариеса у взрослых и отметили улучшение показателя гигиены полости рта после 12-месячного курса использования этого геля.

»R.O.C.S. Medical Minerals« содержит кальций, фосфор и магний, которые укрепляют эмаль, а также ксилит, который повышает реминерализующий потенциал комплекса и подавляет активность кариесогенных бактерий. Особая пленка, которую образует гель «R.O.C.S.», удерживается на зубах длительное время и обеспечивает продолжительное, постепенное проникновение активных компонентов в ткани зуба. Козловская Л.В. с соавторами (2020) изучали эффективность профилактической программы с использованием геля «R.O.C.S. Medical Minerals» у дошкольников с высокой интенсивностью кариеса и доказали ее эффективность.

Нами была предложена оригинальная схема местной профилактики кариеса зубов и лечения его начальных форм, заключающаяся в применении полосканий рта водной суспензией энтеросорбента полиметилсилоксана полигидрата («Энтеросгеля») и нанесении кальцийсодержащего геля «R.O.C.S. Medical Minerals».

Предложенная нами схема была применена для профилактики кариеса и лечения его начальных форм у детей 3-4 лет, страдающих атопическим дерматитом (АтД). У этих пациентов диагностировался множественный кариес и его осложнения. Санация полости рта маленьких детей с АтД проводилась под наркозом. Применение схемы местной профилактики кариеса с использованием суспензии полиметилсилоксана полигидрата и геля «R.O.C.S.» у детей 3-4 лет с АтД продемонстрировало

высокую эффективность: прирост кариеса в этой группе детей был ниже, чем у детей, которым кариес-профилактическая схема не применялась.

После реализации предложенной нами схемы у 16 детей 10-12 лет, имеющих высокий показатель интенсивности кариеса и очаги начального кариеса, наблюдалось уменьшение интенсивности витального окрашивания очагов. Также отмечалась нормализация показателей микрокристаллизации слюны и рН ротовой жидкости, улучшение гигиенического состояния.

Побочных эффектов и аллергических реакций при реализации предложенного нами способа не зафиксировано.

Выводы. Результаты исследований позволяют рекомендовать современные реминерализующие кальцийсодержащие гели для профилактики кариеса и лечения его начальных форм. Предложенная нами схема местной профилактики кариеса и лечения его начальных форм, заключающаяся в применении полосканий водной суспензией энтеросорбента полиметилсилоксана полигидрата («Энтеросгеля») и нанесении кальцийсодержащего геля «R.O.C.S. Medical Minerals» продемонстрировала высокую эффективность.

Дели А.Д., Каспарова А.Э., Коваленко Л.В., Шелудько В.С

БУ ВО «Сургутский государственный университет», г. Сургут

БУ ВО «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», г. Ханты-Мансийск

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ COVID-19: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В данной статье представлен клинический случай аномального маточного кровотечения (АМК) на фоне перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19. Ключевые слова: аномальные маточные кровотечения, новая коронавирусная инфекция. Введение. Проблема АМК является весьма актуальной в практике врача. АМК оказывают негативное влияние на физическое, эмоциональное состояние женщин, увеличивают число железодефицитных анемий и др. (Мальцева А.Н., 2022). В возникновении АМК важную роль играет НКИ (Lee WY et al, 2021). К числу возможных причин расстройства менструации при НКИ можно отнести стрессовое состояние, фармакотерапия. Функциональные нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, возникшие вследствие стресса и др. звеньев патологии НКИ, наблюдаются в течение длительного периода после прекращения заболевания (Takmaz T. et al, 2021).

Цель: с учетом клинического наблюдения, оценить возможные причины развития АМК у женщины после перенесенной новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Проведен анализ клинического случая оказания медицинской помощи у пациентки с АМК, осложненным анемией тяжелой степени в отделение гинекологии БУ «СОКБ», которая является клинической базой Сургутского государственного университета. Изучены анамнестические данные: особенности перенесенной НКИ, преморбидного фона, подробно проанализирована менструальная функция женщины до и после перенесенной НКИ, лабораторные клиничко-биохимические показатели; УЗИ органов малого таза на аппарате «Voluson-730 Expert», результаты гистероскопии и гистологического исследования эндометрия. Результаты и их обсуждение. Пациентка Т. 40 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные, длительные менструации. Со слов пациентки в ноябре 2021г. болела НКИ с пневмонией (КТ-2). В течение последующих 6 месяцев, после перенесенной НКИ, отмечает появление хронических АМК – продолжительность менструаций 8-10 дней, обильные. До НКИ менструальная функция была не нарушена. Амбулаторное лечение (в соответствии с положениями клинического протокола) – без эффекта. По результатам УЗИ признаки гиперплазии эндометрия, направлена на диагностическую гистероскопию. При объективном осмотре женщины: рост – 162 см, вес – 65 кг, ИМТ 24,7. При гинекологическом осмотре – патология не обнаружена, выделения сукровичные. Учитывая лабораторные признаки железодефицитной анемии (снижение гемоглобина до 70 г/л) на фоне хронического АМК проведена гемокоррекция донорской одногруппной эритроцитосодержащей средой по фенотипу. Выполнена гистероскопия, раздельное диа-

гностическое выскабливание. По результатам гистероскопии: цервикальный канал цилиндрической формы, бледно-розового цвета. Полость матки не деформирована, выраженная гиперплазия эндометрия. Сосудистый рисунок выражен умеренно. Соскоб из цервикального канала скудный, из полости матки обильный, представлен гиперплазированной тканью. Контрольная гистероскопия: вариант нормы. Была продолжена антианемическая терапия препаратами железа (железа III гидроксид полимальтазат), проведена профилактика тромбэмболических осложнений. На фоне проводимой терапии было достигнута положительная динамика. По результатам гемограммы отмечалось повышение гемоглобина до 98 г/л. На 4-сутки пациентка была выписана домой с рекомендациями. Результаты патогистологического исследования выявили признаки простой гиперплазии эндометрия без атипии.

Заключение. Учитывая отсутствие у пациентки первых 4 категорий АМК в соответствии с Классификационной системой PALM-COEIN, возможно предположить, что расстройство менструации, связанной с овуляторной дисфункцией и формированием простой гиперплазии эндометрия на фоне перенесенной НКИ. Заболеваемость и долгосрочные последствия НКИ в отношении маточных кровотечений требуют дальнейшего изучения.

Демидик С.Н., Алексю Е.Н., Санюкевич А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОК ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Введение. Здоровье женщин, особенно фертильного возраста, определяет репродуктивный потенциал государства. Туберкулез легких – одна из ведущих и значимых медико-социальных проблем в мире, которая наносит значительный урон здоровью женской части населения. Несмотря на достижения клинической медицины за последние десятилетия, туберкулез по-прежнему одна из ведущих причин смерти от инфекционных заболеваний, в том числе у женщин. Синдром зависимости от алкоголя является значимым фактором риска развития туберкулеза легких, снижает эффективность терапии, нередко приводит к инвалидности и летальному исходу. Актуальность изучаемой проблемы определяет высокий уровень распространенности туберкулеза с лекарственной устойчивостью микобактерий.

Цель исследования. Оценить эффективности лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза у пациенток Гродненской области с синдромом зависимости от алкоголя.

Материалы и методы. Проведено обследование 33 пациенток с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких (с множественной и широкой лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза) и установленным синдромом зависимости от алкоголя. В клинической группе преобладали женщины репродуктивного и работоспособного возраста – 26 (78,8%) и 30 (90,9%), соответственно. При поступлении в стационар по данным комплексного обследования инфильтративная форма туберкулеза легких установлена у 18 (54,5%) пациенток, очаговая форма заболевания – у 4 (12,2%), отмечена так же высокая доля фиброзно-кавернозного туберкулеза легких – 10 (33,3%). В 21 (63,3%) случае при дополнительном обследовании томографическим методом подтверждено наличие полостей распада и/или каверн в легких. Отмечено, что в обследованной группе значимо чаще встречались пациентки, которые ранее лечили туберкулез – 28 (84,8%). Все пациентки получали индивидуальную схему химиотерапию.

После всего курса лечения у всех обследованных проведена оценка эффективности терапии (когортный анализ). Для этого использовались стандартные критерии, рекомендованные ВОЗ: «успешное лечение» – это сумма случаев с исходами «излечение» и «лечение завершено»; «не успешное лечение» – случаи туберкулеза с исходами «неэффективное лечение», «смерть», а так же «потеря для последующего наблюдения».

Результаты исследований. При анализе эффективности основного курса терапии пациенток с лекарственно-устойчивым туберкулезом и синдромом зависимости от алкоголя (через 24 месяца от

начала лечения) установлено, что «успешное лечение» было достигнуто лишь у 14 (42,4%) женщин. «Неэффективное лечение» с сохранением бактериовыделения к концу интенсивной фазы или бактериологической реверсией мокроты на фазе продолжения подтверждено у 16 (48,5%) пациенток исследуемой группы. Отмечено также, что 3 (9,1%) женщины из когорты лечения умерли на фоне проводимой химиотерапии.

Выводы. По данным проведенной работы установлено, что к концу основного курса терапии лекарственно-устойчивого туберкулеза пациенток с синдромом зависимости от алкоголя исход – «успешное лечение» был достигнут лишь у 42,4% женщин. Низкая частота успешных результатов терапии связана с рядом причин: множественной и широкой лекарственной устойчивостью микобактерий, наличием синдрома зависимости от алкоголя, высокой долей туберкулезного процесса с наличием деструкции в легких, в том числе высоким процентом фиброзно-кавернозной формы заболевания, низкой приверженностью к терапии.

Дёмина Д.В., Железная А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ФОЛАТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БЕРЕМЕННЫХ С ОПЕРИРОВАННЫМИ В АНАМНЕЗЕ ЯИЧНИКАМИ

Актуальность. В последнее время большое количество работ посвящено влиянию генетической недостаточности основных ферментов фолатного цикла на реализацию акушерских осложнений. Согласно литературным данным, полиморфизм генов фолатного обмена занимает около 30% среди этиологических факторов гипергомоцистеинемии, является провоцирующим фактором в реализации патологии гестационного периода за счет эндотелиальной дисфункции, ухудшения микроциркуляции, микротромбообразования в сосудах хориона и плаценте. Доказано негативное влияние операционной травмы на яичники в виде: нарушения их кровоснабжения и иннервации, гибели части генеративных элементов, снижению фолликулярного запаса и гормональной недостаточности. Известно, что гормональный дисбаланс может способствовать повышению уровня гомоцистеина, а в сочетании с генетическими дефектами ферментов фолатного цикла, запускать реализацию каскада патологических процессов, негативно влияющих на течение беременности.

Цель. Оценить показатели фолатного обмена у беременных женщин с оперативным лечением по поводу доброкачественных опухолей яичников/опухолевидных образований яичников (ДОЯ/ООЯ) в анамнезе.

Материалы и методы. Изучен уровень гомоцистеина в сыворотке крови и проведен анализ генетических дефектов ферментов фолатного цикла у 161 беременной (группа P1) с оперативным лечением по поводу ДОЯ/ООЯ в анамнезе и у 30 условно здоровых женщин.

Результаты. При анализе средних значений уровня гомоцистеина в сыворотке крови у обследуемых беременных в течение гестационного периода выявлены существенно более высокие его значения у пациенток с оперированными яичниками в анамнезе, в сравнении с группой контроля, особенно в первом триместре ($6,9 \pm 2,5$ и $4,0 \pm 0,8$). Значимо чаще определялся полиморфизм генов фолатного цикла метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) C677T и MTHFR A 1298C в группе P1 (18,6% и 20,5%) в сравнении с группой P2 (0,0% и 6,7%). Что касается мутации генов MTR A66G и MTRR A2756G, то значимых отличий по ним в сравниваемых группах выявлено не было ($p > 0,05$). У 31,1% беременных группы P1 и у 56,7% женщин группы P2 ($p < 0,01$) не выявлен полиморфизм генов фолатного цикла.

Выводы. Оценка показателей фолатного метаболизма показала, что у беременных с оперативным лечением по поводу ДОЯ/ООЯ в анамнезе, в сравнении с группой условно здоровых беременных, отмечалось более значимое увеличение частоты встречаемости генетических дефектов ферментов фолатного цикла и уровня гомоцистеина в сыворотке крови.

Демешева С.Г., Железная А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В., Верешко Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) – это маточные кровотечения, возникшие в пубертатном периоде и периоде перименопаузы, которые обусловлены нарушением функционального состояния системы гипоталамус-гипофиз-яичники. ДМК составляют 10-12% всех гинекологических заболеваний в возрасте 12-18 лет. Для ДМК характерен особый вид ановуляции, при котором возникает атрезия фолликулов, не достигших овуляторной стадии зрелости. Продукция эстрогенов – в незначительном количестве.

Цель исследования – изучить факторы риска развития дисфункциональных маточных кровотечений пубертатного периода, влияющих на реализацию репродуктивной функции.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный клиничко-статистический анализ 648 историй пациенток 12-18 лет с ДМК пубертатного периода. Все пациентки подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты. Из 648 обследуемых пациенток 530 (81,8%) родились от матерей с повторной беременностью, роды срочные были у 373 (57,6%) женщин, преждевременные – у 33 (5,1%), патологические – у 175 (27,0%), операция кесарево сечение – у 83 (12,8%). У 53 (8,2%) матерей беременность осложнилась ранним токсикозом, у 69 (10,6%) – угрозой прерывания беременности в сроке 12-13 и 27-28 недель, предлежанием плаценты – у 42 (6,5%), преэклампсией средней степени – у 21 (3,2%), 17 (2,6%) женщин во время беременности перенесли ОРВИ, 21 (3,2%) – пневмонию.

У 73 (11,3%) пациенток период новорождённости был патологическим, в том числе у 17 (23,3%) – в виде синдрома повышенной возбудимости, у 15 (20,5%) – в виде синдрома вялого ребенка, у 5 (6,8%) – было субарахноидальное кровоизлияние, у 7 (9,6%) – верхний проксимальный тип акушерского разреза, а также простой герпес у 6 (8,2%), гнойный менингит у 4 (5,5%).

Таким образом, каждая вторая пациентка родилась от патологической беременности. Все обследуемые пациентки имели инфекционные заболевания (корь, ветряная оспа, паротит), относились к группе часто болеющих.

Менструации у 175 (27%) обследуемых пациенток были ранние (до 12 лет), у 157 (24,2%) – поздние (после 16 лет). Менструации не установились до сих пор у 138 (21,3%), ювенильные дисфункциональные маточные кровотечения были у всех обследованных.

Заключение. Таким образом, к факторам риска развития дисфункциональных маточных кровотечений относятся: патологический антенатальный, перинатальный, неонатальные периоды, частые детские инфекции, нарушение становления менструальной функции.

Демко А.Е., Вербицкий В.Г., Парфёнов А.О.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Цель исследования: провести анализ результатов хирургического лечения сочетанных осложнений пилородуоденальных язв за период с 2010 по 2020 г.г. для улучшения результатов лечения данной категории больных в условиях стационара скорой помощи.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты лечения 134 пациентов с сочетанными осложнениями язвенной болезни пилородуоденальной области, которые находились на лечении в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с 2010 по 2020 г.г. У 66 больных (1 группа) кровотечение сочеталось с перфорацией язвы. 2-ю группу составили 38 пациентов с сочетанием стеноза двенадцатиперстной кишки и кровотечением. В 3-ю – вошли 30 больных, у которых перфорация сочеталась со стенозом ДПК. Средний возраст пациентов составил: в первой группе – $58,6 \pm 14,2$ года, во второй группе – $54,5 \pm 12,5$ года и в третьей группе – $57,4 \pm 12,5$. Средний показатель тяжести состояния по шкале APACHE II составил: в первой группе – 17,5 балла, во второй группе – 12,5 балла и в третьей группе – 16,5 балла.

Результаты и их обсуждение. Всего оперативным вмешательствам подверглись 126 (94%) пациентов из 134, из них поддиафрагмальная стволовая ваготомия с дренирующей же-лудок операцией выполнена 91 (72%) пациенту, резекция желудка – 7 (5%). Паллиативные вмешательства произведены 28 (22%) больным, находящимся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Консервативную терапию получали 8 (6%) пациентов во 2 группе. По нашим данным, сочетание перфорации ДПК и язвенное кровотечение являлось наиболее частым (до 50%) осложнением ЯБ. Показатель оперативной активности в группе больных с сочетанием кровотечения и стеноза составил 78%, что в 10 раз выше, чем при язвенных кровотечениях. Показанием к операции, как правило, были признаки перфорации полого органа или рецидив кровотечения. Объем оперативного вмешательства был обусловлен тяжестью состояния пациента и определялся индивидуально. Наиболее распространенной операцией являлась пилоропластика с ваготомией. Наибольший показатель послеоперационной летальности был в 1 группе пациентов и составил 18,2% (12 случаев). В большинстве случаев причиной смерти была декомпенсация тяжелых, конкурирующих с язвенной болезнью общесоматических заболеваний.

Выводы. Таким образом, по нашему мнению, рациональная хирургическая тактика у больных с сочетанными осложнениями пилородуоденальной язвы строится на основании комплексной диагностики, следствием которой является наиболее быстрое установление показаний к оперативному вмешательству. Индивидуальный подход к выбору оперативного вмешательства должен быть обоснован с учетом общего состояния больного. При этом, по нашему мнению, предпочтение следует отдавать радикальным органосохраняющим оперативным вмешательствам в виде стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею, как наиболее полно отвечающей условиям неотложной хирургии.

Демченко Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ КАК СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Актуальность. Съёмные или фиксируемые элементы ортодонтических аппаратов препятствуют естественному самоочищению полости рта и служат ретенционными пунктами для аккумуляции зубной бляшки, существенно ухудшая гигиену полости рта, и способствуя развитию дисбактериоза. Всё это создаёт условия высокого риска развития кариеса, заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта (СОПР). Элементы аппаратов так же могут травмировать ткани десны и СОПР. С целью профилактики этих состояний целесообразно использовать специальные ортодонтические зубные пасты.

Цель работы. Анализ и обобщение современных литературных данных и собственных исследований, посвященных изучению эффективности применения специальных зубных паст у пациентов с ортодонтическими конструкциями.

Материал и методы. Были проанализированы и обобщены данные современных литературных источников и собственных исследований, посвященных изучению опыта применения специальных зубных паст у пациентов с ортодонтическими конструкциями.

Результаты и обсуждение. Нами были изучены следующие специальные зубные пасты: R.O.C.S. PRO Brackets & Ortho, PRESIDENT Profi ortho braces, VITIS Orthodontic, «Профессор Персин» Формула защиты от бактерий, Curaprox Enzycal 950.

Одним из компонентов зубной пасты, который способствует эффективному растворению зубного налёта, улучшению естественных защитных функций слюны, обладающим противоналетным и антиадгезивным свойствами являются ферменты. Так зубная паста R.O.C.S. PRO Brackets & Ortho содержит бромелаин, PRESIDENT Profi ortho braces – папаин, Curaprox Enzycal 950 – лактопероксидазу, амилоглюкозидазу, глюкооксидазу. По данным Л.Р. Сарап с соавторами (2011) и А.А. Тропина (2016) у пациентов, использующих зубную пасту с ферментом бромелаином, уровень гигиенического состояния полости рта достоверно улучшился до показателей хорошего, восстановился микробиоценоз, интенсивность кариозного процесса уменьшилась, индекс РМА снизился в 3 раза.

Паста, содержащая в своем составе антисептики триклозан, цетилпиридиния хлорид, подавляет процесс налетообразования и оказывает бактериостатическое и бактерицидное действие в отношении ряда микроорганизмов (VITIS Orthodontic).

Все предложенные ортодонтические пасты содержат соединения фтора или кальция, которые оказывают противокариесное действие. Так, например, R.O.C.S. PRO Brackets & Ortho, содержит глицерофосфат кальция и ксилит, обладающие достаточно выраженным противоналетным и антибактериальным действием.

С целью улучшения гигиенического состояния полости рта, нормализации микробиоценоза, лечения и профилактики кариеса, заболеваний пародонта и СОПР у 32 пациентов с ортодонтической аппаратурой нами было проведено обучение индивидуальной гигиене и рекомендовано использование зубной пасты «R.O.C.S. PRO Brackets & Ortho».

У всех 32 пациентов через 2 месяца использования этой пастой отмечено улучшение гигиенического состояния полости рта и исчезновение клинических проявлений гингивита. У большинства пациентов (30/32-93/75±4,28%) по данным бак. посева наблюдалась нормализация микрофлоры полости рта.

Выводы. Специальные зубные пасты являются эффективным средством лечения и профилактики кариеса, заболеваний пародонта и СОПР у пациентов с ортодонтическими конструкциями.

Применение зубной пасты «R.O.C.S. PRO Brackets & Ortho» у наших пациентов продемонстрировало её высокую эффективность.

Демченко С.С., Плыс А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ АНОМАЛИЙ ПРИКРЕПЛЕНИЯ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ В ТЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

Ведение. По данным разных исследований острый герпетический стоматит (ОГС) составляет до 80% случаев среди всех стоматитов в детском возрасте. Аномальное прикрепление уздечек оказывает непосредственное влияние на уровень стоматологического здоровья человека, в том числе и на течение стоматита в полости рта.

Цель работы. Изучить распространенность аномалий прикрепления уздечки верхней губы и их роль в течении герпетического стоматита.

Материал и методы. Нами было проведено изучение листков ежедневного учета работы врачей-стоматологов (форма № 037/о) специализированного кабинета заболеваний слизистой оболочки полости рта Государственного бюджетного учреждения «Детская городская стоматологическая поликлиника г. Донецка» (ДГСП) за 2018 год. Также нами детально были проанализированы амбулаторные карты стоматологических пациентов (форма № 0 43/о), обратившихся за помощью в этот кабинет в это же время.

Статистические данные, касающиеся количества пациентов с выявленной патологией представлены в формате: Р (%) ± ошибка репрезентативности (m).

Результаты. В 2018 году в ДГСП в кабинет заболеваний слизистой оболочки полости рта обратилось 890 пациентов в возрасте от 0 до 18 лет с различными формами стоматитов. Из всех 890 обратившихся в кабинет детей 399 пациентов составили дети с герпетической инфекцией полости рта и губ. При этом с острым герпетическим стоматитом обратилось 344 ребенка ($38,65 \pm 1,63\%$), а с рецидивирующим герпесом – 55 человек ($6,18 \pm 0,81\%$).

Среди 344 детей, обратившихся с ОГС аномалийное прикрепление уздечки верхней губы было диагностировано у 207 детей, что составило $60,2 \pm 2,6\%$ случаев. При этом из всех детей с ОГС, находившихся на лечении в ДГСП в 2018 году у 173 пациентов, т.е. у $50,3 \pm 2,7\%$ детей уздечка верхней губы была надорвана, отмечалась значительная кровоточивость. Десна в области временных резцов у пациентов с острым герпетическим стоматитом была резко гиперемирована, ярко выражены отек и кровоточивость. Явления гингивита во фронтальном участке верхней челюсти удерживались достаточно долго до 5-10 дней после полной эпителизации герпетических эрозий в полости рта. Выраженная кровоточивость в области передних временных зубов и затянувшийся гингивит в этом участке причинял беспокойство детям и родителям и затягивал сроки полного выздоровления пациентов.

Исходя из наших наблюдений во многих случаях травма уздечки верхней губы, появление надрывов слизистой оболочки в этой области являлись входными воротами для проникновения вируса простого герпеса в слизистую полости рта и способствовали последующему развитию ОГС.

Также нами обнаружено, что у детей с аномалиями прикрепления уздечки верхней губы в последующие 2 года наблюдения в 3-4 раза чаще возникали рецидивы герпетического стоматита в сравнении с детьми, у которых подобной аномалии прикрепления мягких тканей не было.

Заключение. Таким образом, по нашему мнению, аномалии прикрепления уздечки верхней губы играют весьма значимую роль в патогенезе герпетического стоматита у детей. Постоянная травма уздечки способствует проникновению возбудителя, более длительному сохранению гингивита в этом участке. Это затягивает сроки полного выздоровления пациента и, кроме того, способствует возникновению рецидивов герпетического стоматита.

Демчук О.В., Гуменюк И.В., Гладкая С.В., Королёв А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОФИЛАКТИКА РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Реперфузионный синдром (РС) является одним из наиболее частых осложнений хирургического лечения пациентов с абдоминальной патологией, включая острый деструктивный панкреатит. При этом локальное воспаление приобретает системный характер, что сопровождается активацией патогенетического каскада формирования сердечно-сосудистых нарушений, дыхательной недостаточности, усугублению эндотелиальной дисфункции, развитию острого послеоперационного повреждение почек, т.е. формированию органной или полиорганной недостаточности с летальностью не менее 70%.

Это определяет необходимость дальнейшего исследования механизмов формирования РС, уточнения причин и условий его развития, а также требует своевременного использования методов его профилактики на всех этапах хирургического лечения.

Целью работы являлось улучшение результатов интенсивной терапии пациентов при хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита.

Исследование проведено у 98 пациентов, оперированных по поводу острого деструктивного панкреатита. Были определены патогномоничные факторы, повышающие риск развития реперфузионного синдрома, обусловлены как основной патологией, так и «операционной агрессией» вследствие хирургического лечения основного заболевания. Установлено, что лейкоцитоз > 14 г/л способствовал повышению риска развития реперфузионного синдрома не менее чем на 98,0% (ДИ: 97,3 – 100,0)%, ЛИИ > 10 – не менее чем на 97,1% (ДИ: 92,9 – 99,5)%, ИЛ-6 $> 13,3$ пг/мл – не менее чем на 93,5%

(ДИ:92,9 – 99,5)%, прокальцитонин >2 – не менее чем на 85,3% (ДИ:77,7 – 91,5)%, обезболивание без регионарной анестезии – не менее чем на 95,0% (ДИ:94,3 – 100,0)%, абдоминальный компартмент-синдром > 20 см.вод.ст – не менее чем на 94,3% (ДИ:87,6 – 98,5)%.

Наряду с этим была уточнена роль провоспалительных цитокинов, активация которых способствовала инициации пусковых механизмов развития реперфузионного синдрома. Установлено, что наряду с инициированными провоспалительными цитокинами активаторы эндотелия, включая молекулы клеточной и межклеточной адгезии, являлись промоторами повреждения капиллярного кровотока, что, в том числе, обуславливало формирование полиорганной дисфункции. Клинически это проявлялось формированием острой сердечной недостаточности не менее чем у 38% пациентов; ухудшением магистрального кровотока более чем у 46% больных; формированием интерстициальных отеков более чем у 46% исследуемых; развитием острого послеоперационного повреждения почек не менее чем у 48% пациентов.

Полученные результаты определяли необходимость разработки и внедрения технологии профилактических мероприятий на всех этапах хирургического лечения.

До операции – определение риска развития РС; выбор объема и характера инфузионных сред; определение вида обезболивания, включая региональный блок, проведение первого этапа прооксидантной терапии (Аллопуринол).

Во время операции – проведение «антиоксидантной гидремии» (Рексод, Реамбирин, Тивортин, Мексидол и т.д.); оптимизация обезболивания с возможностью использования эпидурального блока;

После операции – на фоне «антиоксидантной гидремии» проведение раннего (в течение 6 часов п/о) профилактического плазмафереза, проведение последующих этапов прооксидантной терапии .

Выводы. Применение технологии профилактики реперфузионных нарушений на всех этапах хирургического лечения, включая проведение в послеоперационном периоде «раннего» плазмафереза с целью детоксикации и предупреждения репрограммирования клеток иммунного реагирования (лейкоцитов, лимфоцитов, тромбоцитов) на фоне прооксидантной терапии и «антиоксидантной гидремии», позволило улучшить результаты интенсивной терапии пациентов при хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита.

Демьяненко Ю.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Атопический дерматит (АтД) – аллергическое хроническое рецидивирующее воспаление кожи, в основном проявляющееся у детей раннего возраста (от 1 – 3 лет), сопровождающийся развитием гиперчувствительности к аллергенам, возрастными морфофункциональными изменениями кожи и зудом.

Среди аллергических заболеваний АтД является одним из самых распространенных. В структуре всех аллергических заболеваний составляет 50-70%.

АтД встречается во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах. Наблюдается увеличение распространенности атопического дерматита в промышленно развитых странах.

Цель: проанализировать изученные факторы риска развития атопического дерматита.

Материалы и методы. Методом исследования явился литературный обзор 30 статей научных публикаций, за период 2010-2022 гг., представленные в электронных базах eLIBRARY, PubMed, PubMed Central, Google Scholar на английском и русском языках.

Результаты и обсуждения.

Проведена оценка воздействия эндогенных и экзогенных факторов риска.

Большую часть случаев 70-80% составляет аллергический тип АтД – экзогенный; 20-30% случаев – неаллергический тип или эндогенный. Разница между двумя типами состоит в сенсibilизации к

аллергенам окружающей среды (как в экзогенном типе) и уровнем Ig E, который в данном случае повышен. При эндогенном типе: сенсибилизация отсутствует, уровень Ig E низкий.

Генетические изменения влияют на возникновение и прогрессирование АтД. По данным литературы, у 80% детей с АтД имеется отягощенный семейный анамнез: по линии матери данный показатель составляет 60-70%, по линии отца 18-22%. При наличии АтД у обоих родителей риск развития патологии у ребенка повышается до 60-80%. Наиболее изученный эндогенный фактор риска – наследственная детерминированность, в следствии мутации гена филагтрина (FLG). Данный белок экспрессируется не только в коже, но также и в органах дыхания, слизистой оболочке носа, лёгких, бронхах. Следовательно, закономерно предположить: мутации в гене, кодирующем белок FLG, могут являться фактором риска для бронхиальной астмы, аллергического ринита, что способствует запуску «атопического марша».

Экзогенные факторы более полиморфны в своих проявлениях: изменения окружающей среды, особенностей быта, образа жизни человека, семейный анамнез, наличие сопутствующих заболеваний. Главенствующую роль экзогенных факторов риска, 60-85% на первом году жизни, составляют пищевые факторы риска, что связано с анатомо-физиологическими особенностями кишечника у детей грудного и раннего возраста. С возрастом данный показатель снижается.

Выводы: Экзогенный аллергический тип АтД в 3,5 раза превалирует над эндогенным типом, преимущественно за счёт пищевого фактора риска на первом году жизни. При этом эндогенные факторы риска, в подавляющем своём большинстве, носят более отягощающее течение заболевания – развитие «атопического марша», чего нельзя сказать об экзогенных факторов риска.

Денисенко А.Ф., Боева И.А., Тищенко А.Н., Дмитриенко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ДОНБАССЕ

Сохранение и укрепление здоровья работающего населения является одной из приоритетных задач в Донецкой Народной Республике.

С 2014 года на территории Донбасса в силу определенных событий произошли изменения в экономике, приведшие к вынужденному сокращению производственного сектора (на 59%), и сокращению численности работающих (массовый отток специалистов), в том числе и во вредных и опасных условиях. В условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям, трудится до 34,5% трудоспособного населения республики. Неудовлетворительные условия труда являются основной причиной развития профессиональных заболеваний. Следствием этих трансформаций стали изменения и в социальной сфере.

При анализе динамики профессиональной заболеваемости за период 2017-2021 гг., отмечается ее существенный рост с 12,3 случаев в 2017 году до 30,5 случаев в 2021 году (на 10 000 трудящихся), в основном за счет рабочих угольных шахт. Больше всего профессиональных заболеваний регистрировалось у рабочих основных подземных профессий – горнорабочих очистного забоя (37,5%) и проходчиков (23,3%). Отмечаемый рост профессиональной заболеваемости необходимо рассматривать с позиций сегодняшней специфики условий труда угледобывающих предприятий Донбасса. Прежде всего – отсутствие ведущей профессиональной вредности при одновременном полифакторном производственном воздействии, зачастую превышающим пороговые значения ПДУ и ПДК, а также смена действующих факторов и интенсивности их воздействия в течение трудового стажа. Большинство случаев профзаболеваний, выявленных при обращении работников за медицинской помощью в Республиканский центр профпатологии носило выраженные хронические формы заболеваний у работников со стажем работы во вредных производственных факторах 20-39 лет (до 75%) и возрастом свыше 50 лет – более половины всех случаев (2020 г. – 52,7, 2019 г. – 51,2%, 2018 г. – 53%, 2017 г. – 51,8%). В то же время, при анализе первичной медицинской документации работающих во вредных условиях отмечается, что более 80% – «здоровы».

Одна из основных причин роста профессиональной заболеваемости – низкое качество проведения профосмотров лечебно-профилактическими учреждениями общей практики, что и обуславливает позднюю выявляемость профессиональной и производственно-обусловленной патологии.

В структуре профессиональной патологии ДНР наибольший удельный вес приходится на заболевания, обусловленные физическими перегрузками – 44,3%; промышленными аэрозолями – 37,1%; физические факторы: вибрация – 17,2%, шум – 0,7%.

Таким образом, можно прийти к заключению, что все вышеуказанные процессы обусловлены рядом взаимосвязанных причин – изменение социально-экономической ситуации явилось причиной экономической нестабильности угольных предприятий, повлекшей ухудшение условий труда, сокращение численности работающих, рост интенсивной обращаемости в Республиканский Центр профпатологии с целью решения вопроса связи заболеваемости с профессией, а, следовательно, решение социальных проблем за счет возмещения ущерба здоровью.

Приведенные данные показывают, что профпатологическая служба Республики нуждается в оптимизации прежде всего за счет синхронизации с законодательством Российской Федерации.

Переориентация служб безопасности труда и охраны здоровья работников на первичную профилактику охраны здоровья здорового работника, оптимизация структуры промышленной медицины, послужит сохранению здоровья, и, в конечном итоге, укреплению экономики.

Денисенко В.Б., Симованьян Э.М.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ЦМВИ У ВИЧ-ЭКСПОНИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Актуальность. ВИЧ-экспонированные дети представляют собой группу риска в связи со значительной частотой инфекционной и неинфекционной патологии, высокой летальностью. Одним из факторов, который оказывает влияние на состояние здоровья этих пациентов, является врожденная цитомегаловирусная инфекция (ВЦМВИ) Цель исследования – охарактеризовать клинико-иммунологические особенности ВЦМВИ у ВИЧ-экспонированных детей. Пациенты и методы. Обследованы 102 пары «ВИЧ-инфицированная беременная женщина с ЦМВИ – ВИЧ-отрицательный ребенок», в том числе 82 пары с нереализованной вертикальной трансмиссией ЦМВ (80,4%) и 20 пар с ВЦМВИ у ребенка (19,6%). Результаты. Матери детей с ВЦМВИ чаще были старше 30 лет (50%), имели в анамнезе предшествовавший настоящей беременности аборт (70%), страдали наркоманией (70%), метрорэндометритом (95%). У них чаще диагностирована стадия вторичных заболеваний 4 (30%), выявлены снижение CD4 менее 500 кл/мкл (85%), вирусемия ВИЧ более 10 тыс. коп./мл (80%), угроза прерывания беременности (55%), задержка развития плода (70%). Математическое моделирование с использованием метода логистической регрессии выявило независимые предикторы вертикальной трансмиссии ЦМВ: стадия 4 (OR 14,5; 95% ДИ 2-122), CD4 менее 500 кл/мкл (OR 34,4; 95% ДИ 3-398) и угроза прерывания беременности (OR 8,1; 95% ДИ 1,3-51). Чувствительность и специфичность последовательного применения этих предикторов составила 90%. У 90% детей с ВЦМВИ выявлена тяжелая полиорганная патология, в том числе инфекционный синдром, церебральная патология, заболевания органов дыхания (пневмония, бронхит) – у 90%, метаболический синдром (гипотрофия), лимфопролиферативный синдром (лимфаденопатия, гепатомегалия, спленомегалия) – у 80%, врожденные пороки развития, анемия – у 50%, синдром желтухи – у 45%, заболевания органов пищеварения (энтероколит, гепатит) – у 30%. При иммунологическом обследовании обнаружены изменения в Т-клеточном звене – снижение CD3, CD4, HLA-DR, повышение CD8, со стороны В-клеточного звена – снижение CD19, IgA, со стороны факторов врожденного иммунитета – снижение НСТ сп. И К ст. НСТ, повышение CD16. Летальность в течение первого года составила 25%. Заключение. Риск вертикальной трансмиссии ЦМВ у ВИЧ-инфицированных беременных выше (19,6%) по сравнению с общепопуляционным показателем (1-3%). Действие комплекса неблагоприятных факторов приводит к индукции выраженной иммуносупрессии, в результате чего ВЦМВИ у подавляющего большинства

детей (90%) протекает в клинически манифестной форме, характеризуется формированием тяжелой полиорганной патологии и высокой летальностью. В связи с этим необходима ранняя диагностика заболевания с учетом наличия независимых предикторов со стороны матери (стадия 4, CD4 менее 500 кл/мкл, угроза прерывания беременности) и полиорганной патологии у ребенка, а также своевременная лабораторная верификация диагноза и назначение комплексной этапной терапии.

*Денисов В.К., Захаров В.В., Варибрус С.А., Онищенко Е.В.,
Захарова О.В., Голубова Т.С., Давыдова Т.О.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

ДИНАМИКА ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ РЕЦИПИЕНТОВ ЛЕЧАЩИХСЯ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Цель. Ретроспективный анализ причин и поиск модифицируемых факторов риска летальности у пациентов, лечившихся и продолжающих лечение гемодиализом в трансплантационном центре Донецкого клинического медицинского объединения (ДОКТМО).

Материалы. Изучены 269 пациентов, лечившихся гемодиализом в трансплантационном центре ДОКТМО на протяжении 2016-2021 гг. Указанный период наблюдения условно разделен на 3 этапа: 1) 2016 год, когда гемодиализ проводили с использованием аппаратов «Искусственная почка» на завершающем этапе их технической эксплуатации («Gambro AK-95», «Nipro Surdial 55»); 2) 2017-2019 годы, когда был полностью обновлен парк аппаратов «Искусственная почка» с возможностью вести он-лайн гемодиализацию («Fresenius 5008S»). При этом гемодиализ был дополнен всем необходимым спектром диализ-ассоциированных лечебных мероприятий, направленных на устранение анемии, гиперпаратиреоза, борьбу с гепатитвирусными инфекциями и другими осложнениями. 3) 2020-2022 годы, когда работа велась в условиях пандемии COVID-19. Произведена оценка влияния этих разнонаправленных тенденций на уровень летальности и качество подготовки пациентов к возможной трансплантации почки.

Результаты. Установлено, что в 2016 году умерли 19 (15,2%) пациентов, лечившихся гемодиализом, в 2017 году – 19 (14,1%) пациентов, в 2018 году – 13(10%) пациентов, в 2019 году – 9 (7,8%) пациентов, в 2020 году – 12 (11,3%), в 2021 году – 17 (12,7%) пациентов. Отмечено, что на протяжении всего периода наблюдения на его разных этапах имели место схожие базовые причины летальности в виде доминирования сердечно-сосудистых осложнений, на вероятность развития которых оказывали влияние своевременность начала почечной заместительной терапии, адекватность проводимого гемодиализа, приверженность пациентов соблюдению водного режима, социальные и другие факторы. Улучшенные технические возможности нового диализного оборудования и полноценное проведение диализ-ассоциированных лечебных мероприятий позволили существенно снизить летальность до общепринятого в Российской Федерации и других страна мира уровня. Соблюдение современных стандартов проведения гемодиализа способствовало снижению летальности, несмотря на тенденцию к ежегодному расширению показаний к его проведению, включая увеличение возраста пациентов, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и увеличение общей длительности заместительной почечной терапии. В 2020 году 5 из 12 пациентов и в 2021 году 9 из 17 пациентов умерли от COVID-19 при их изначально стабильном состоянии на фоне проводившегося гемодиализа. В 2022 году по итогам 11 месяцев можно ожидать снижения заболеваемости и летальности от коронавируса у кандидатов на трансплантацию почки до 7,9% в связи с накоплением коллективного иммунитета на фоне уже перенесенной большинством пациентов инфекции и прививок от COVID-19.

Выводы. В последние годы эффективность гемодиализа и потенциальная возможность повышения уровня подготовки пациентов к трансплантации почки существенно возросли. Это является основанием и стимулом для интенсификации дальнейшего регионального развития заместительной почечной терапии в рамках современных мировых тенденций.

Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Варибрус С.А., Онищенко Е.В., Давыдова Т.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕГИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ДИАЛИЗА

Возможности проведения заместительной почечной терапии зависят от финансирования здравоохранения, а также от различных особенностей того или иного региона.

Цель исследования. Оценка текущего состояния Донецкой региональной службы диализа и обоснование направлений ее дальнейшего развития.

Материалы и методы. Изучены статистические данные о проведении диализа в лечебных учреждениях Донецка и сопредельных городов. Проанализированы условия и пути оптимизации работы соответствующих профильных отделений.

Результаты исследования. Установлено, что в отделении гемодиализа трансплантационного центра Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО) в 2021 году на 16 диализных местах проведено 13390 сеансов гемодиализа 124 пациентам. Перитонеальным диализом лечились 10 пациентов. После трансплантации почки наблюдались 112 пациентов. Всего почечную заместительную терапию в виде диализа и трансплантации почки в трансплантационном центре ДОКТМО получали 246 пациентов. Таким образом, трансплантационный центр ДОКТМО имеет в своем арсенале все виды заместительной терапии и возможность проводить лечение сложной сопутствующей патологии за счет многопрофильности ДОКТМО. В отделении активных методов детоксикации и интенсивной терапии ДОКТМО в 2021г. на 3 диализных местах произведен 101 сеанс гемодиализа 14 пациентам с хронической почечной недостаточностью, которые были госпитализированы в отделение интенсивной терапии в связи с COVID-19.

В отделении нефрологии и гемодиализа городской больницы №2 г.Горловки в 2021г. на 20 диализных местах произведено 11273 сеанса гемодиализа 94 больным.

В отделении гемодиализа центральной городской больницы №1 г.Донецка в 2021г. на 12 диализных местах произведено 5526 сеансов гемодиализа 91 больному.

В отделении гемодиализа Республиканской детской клинической больницы в 2021г. на 4 диализных местах произведено 114 сеансов гемодиализа 2 детям.

В отделении нефрологии и гемодиализа Рудничной клинической больницы г.Макеевки, открытом 15.12.2021г, на 6 диализных местах произведено 40 сеансов гемодиализа 6 больным.

Суммарно в 2021г. почечную заместительную терапию в перечисленных учреждениях получали 453 пациента (206 чел/млн). Для сравнения, в Российской Федерации в 2021 году показатель числа больных, получающих заместительную почечную терапию составил 444 чел/млн. Учитывая одинаковую повсеместную распространенность заболеваний почек, ближайшей целью здравоохранения является увеличение ресурса региональной службы диализа за счет интенсификации уже работающих отделений и открытия новых районных и городских отделений в Донецке, Торезе, Енакиево, Шахтерске и Старобешево. В рамках реализации указанных намерений уже в марте 2022 года количество гемодиализных мест в трансплантационном центре ДОКТМО увеличено с 16 до 21 с продолжением работы в 3 смены 6 дней в неделю. С учетом статистических данных о проведении гемодиализа по итогам 9 месяцев в 2022 году ожидается увеличение количества проводимых гемодиализов на 11,4%.

Выводы. Анализ состояния Донецкой региональной службы диализа указывает на необходимость интенсификации работы и расширения сети отделений гемодиализа. Это позволит минимизировать проблему дефицита диализных мест, а также весьма актуальную проблему транспортировки пациентов к месту проведения диализа.

*Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В.,
Захарова О.В., Варибрус С.А., Давыдова Т.О., Грекова К.Ю.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

ФОРМИРОВАНИЕ ЛИСТА ОЖИДАНИЯ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ В КРИЗИСНЫХ УСЛОВИЯХ

Цель. Оценка особенностей формирования листа ожидания на трансплантацию почки в условиях военного конфликта и пандемии COVID-19.

Материалы и методы. Учитывая, что пересадка почки позволяет обеспечить большую продолжительность и лучшее качество жизни, а также наименее затратна, все диализные пациенты рассматриваются нами как возможные кандидаты на трансплантацию при их информированном согласии и отсутствии противопоказаний. Пациентам, которые не планируют пересадку почки, рекомендуется лечение в отделениях гемодиализа г.Донецка, Макеевки и Горловки. Нами проанализирована эффективность данной тактики.

Результаты. В трансплантационном центре ДОКТМО на постоянной основе диализом лечатся более 130 пациентов (в год более 150). Им проводится гемодиализ, гемодиализация, перитонеальный диализ и лечение сложной сопутствующей патологии. Причиной развития почечной недостаточности являются: хронический гломерулонефрит (у 70% пациентов), поликистоз почек (у 19%), хронический пиелонефрит, сахарный диабет, системные и другие заболевания (у 11% пациентов). Особенностью современного этапа явилось позднее обращение и необходимость ургентного начала диализного лечения в большинстве случаев, обусловленное издержками войны. Из-за дефицита времени и информации, а также тяжести состояния в этот момент было сложно исключить противопоказания для трансплантации почки и определить степень устойчивости намерений пациента быть включенным в лист ожидания на трансплантацию после возможной последующей стабилизации его состояния. По итогам детального дообследования и психологической оценки, нами подчас выявлялись онкологические, инфекционные заболевания, полиорганная недостаточность и другие проблемы, являвшиеся противопоказаниями для включения пациента в лист ожидания на трансплантацию.

В последние годы значимой причиной заболеваемости и летальности среди диализных пациентов стал COVID-19, поэтому понимание вероятности его развития среди кандидатов на трансплантацию почки является важным для обеспечения ритмичной работы. Заболеваемость коронавирусной инфекцией с начала пандемии у диализных пациентов составила 27%. При выявлении COVID-19 лечение диализом продолжалось в других специализированных учреждениях. Летальность среди заболевших составила 37,5%. Заболеваемость COVID-19 среди трансплантационных реципиентов, наблюдающихся в Центре была в 3,5 раза ниже, чем на диализе (7,9%). Летальность среди них отсутствовала, и это явилось дополнительным стимулом для выполнения трансплантаций. Изучение противокоронавирусного иммунитета у диализных пациентов путем определения уровня специфических антител к COVID-19 показало, что на сегодняшний день его отсутствие или недостаточный уровень имеет место в 18,9% случаев. Это указывает на постепенное нивелирование COVID-19 как фактора риска у кандидатов на трансплантацию в связи с накоплением коллективного иммунитета на фоне перенесенной инфекции или прививок.

Еще одной особенностью кризиса является увеличение времени ожидания трансплантата от почечных доноров, что сопровождалось увеличением риска развития осложнений диализа, обострения сопутствующих заболеваний, усугубления стресса, связанного с военными действиями и депрессии. Это являлось причиной усталости и отказа ряда больных от трансплантации. Расширение практики трансплантации почек от родственных доноров не в состоянии полностью разрешить проблему дефицита донорских органов, несмотря на то, что донорская нефрэктомия не приводит к инвалидности.

Таким образом, критериям необходимым для включения в лист ожидания на трансплантацию почки в трансплантационном центре в настоящее время соответствуют 30% пациентов лечимых в Центре.

Выводы. Для расширения листа ожидания на пересадку почки необходимо возобновить централизованную диспансеризацию всех больных с хронической почечной недостаточностью в трансплантационном центре, а также совершенствовать региональную модель посмертного органного донорства на основе оптимизации материальной логистики и междисциплинарного взаимодействия специалистов путем их обучения.

*Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В.,
Захарова О.В., Варибрус С.А., Давыдова Т.О., Попова Я.Н.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Нами проанализирован международный опыт преподавания трансплантологии, как инструмента, позволяющего осуществлять необходимые виды деятельности при трансплантации органов.

Материалы и методы. Изучены материалы 29-го международного конгресса общества трансплантологов (29th International Congress of The Transplantation Society) состоявшегося 10-14.09.2022г. в Буэнос Айресе (Аргентина).

Результаты. Первый конгресс общества трансплантологов (The Transplantation Society – TTS) был проведен в Вашингтоне (США) в 1963 году. Его 30-ю участниками были подведены итоги 244 трансплантаций почек, выполненных во всем мире к тому времени. Пациентов, проживших более одного года после трансплантации, можно было пересчитать по пальцам, и в связи с этим обсуждался вопрос о моральных издержках и этической оправданности данного метода лечения. Участниками 29-го международного конгресса общества трансплантологов в Буэнос Айресе (Аргентина) были 6500 его членов из 105 стран. На Конгрессе была представлена обширная программа докладов о новейших достижениях в области трансплантологии, обсуждены спорные вопросы социального и этического характера. Учитывая, что во всем мире количество ежегодно выполняемых трансплантаций органов удовлетворяет не более 10% от минимальной потребности (150 тысяч операций/год), на Конгрессе впервые был выделен, в качестве самостоятельного, раздел «ПРЕПОДАВАНИЕ» («EDUCATION»). В 16 докладах из 9 стран Азии, Европы, Северной и Южной Америки, были приведены результаты опросов медработников, студентов, школьников, представителей разных социальных групп показавшие недостаточный уровень знаний об этом разделе. Основная цель преподавания трансплантологии заключается в получении начальной информации об этой новой специальности и в осознании важности органного донорства. Были рассмотрены основные направления образования врачей, среднего и младшего медицинского персонала, а также студентов, школьников и пациентов. Отмечено, что процесс донорского обеспечения и трансплантации органов требует интеграции медицинских знаний и носит междисциплинарный характер. Докладчики представили разные формы обучающих программ, от однодневных ознакомляющих презентаций, до факультативов и полноценных циклов, с использованием современных цифровых технологий в рамках проведения вебинаров, онлайн презентаций и удаленных консультаций. Выводы были единогласными. Обучение (training, training and once more training...) – это главная стратегия для решения проблем донорства и трансплантации органов, во всем мире. Необходимо непрерывно расширять знания по этому предмету и поощрять альтруистическое отношение общества, и в первую очередь медицинских работников, к данному разделу медицины. Медицинские работники должны владеть точной информацией, касающейся вопросов трансплантологии, и рассматриваться в свою очередь, как серьезный общественный образовательный ресурс. В странах, где это распространено, в разы увеличивается пул посмертных доноров и улучшается в целом отношение к донорству и трансплантации органов.

Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Захарова О.В., Давыдова Т.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ

Трансплантологическая помощь населению в г.Донецке оказывается с 1986 года, когда впервые, после соответствующей кадровой, материально-технической подготовки и получения официального разрешения Министерства здравоохранения СССР была выполнена трансплантация почки в Областной клинической больнице им. М.И. Калинина, ныне Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО). В последующем, в трансплантационном центре ДОКТМО осуществлялись трансплантации почки от посмертных и родственных доноров, включая больных из группы высокого риска: детей младшего школьного и дошкольного возраста, диабетиков, пациентов с коллагенозами и другими системными заболеваниями, повторные третьи и четвертые трансплантации. Готовились условия для трансплантации печени и поджелудочной железы. В центре наблюдались пациенты после трансплантации почек, печени, сердца, кишечника, костного мозга. Эта работа продолжалась также во время затяжного военного конфликта, начавшегося в 2014 году и пандемии COVID-19.

В настоящее время поставлена задача приведения региональной службы трансплантации органов в соответствие с организационными основами этого вида медицинской помощи в Российской Федерации. В этой связи нами проанализирован весь перечень соответствующих нормативных правовых актов и методических документов Российской Федерации. В Донецкой Народной Республике целесообразно реализовать комплекс мер, направленных на совершенствование организации трансплантационной помощи и органного донорства с учетом рекомендаций головной медицинской организации Российской Федерации в сфере трансплантации органов – Национального Медицинского Исследовательского Центра Трансплантологии и Искусственных Органов имени академика В.И.Шумакова». В отведенный государством переходный период с 1.01.2023 по 31.12.2023 гг. необходимо утвердить региональный план развития (обновленную дорожную карту) донорства и трансплантации органов и приступить к ее реализации. Необходима дополнительная подготовка врачей трансплантационного центра ДОКТМО в Национальном Медицинском Исследовательском Центре Трансплантологии и Искусственных Органов имени академика В.И.Шумакова. В связи с проблемами посмертного донорства особое внимание должно быть уделено тренингам для врачей анестезиологов по вопросам диагностики смерти мозга, а также оснащению газовыми анализаторами отделений интенсивной терапии, необходимыми для выполнения теста апноэтической оксигенации. В медицинских организациях необходимо назначить лиц ответственных за осуществление медицинской деятельности, связанной с донорством органов для трансплантации и утвердить в качестве одного из индикаторов эффективности работы главных врачей показатель «число выявленных возможных доноров органов», а также включить в эффективный контракт ответственных лиц, в качестве основания для стимулирующих выплат за достижение целевых показателей их деятельности в области оказания трансплантационной помощи и проведения работ по донорству.

Выводы. По примеру и рекомендациям Российской Федерации, значительной интенсификации трансплантационной деятельности в Донецкой Народной Республике можно достичь в сжатые сроки (12-24 месяца) при государственной поддержке в рамках абсолютно доступных технологий, поскольку большинство аналогичных с Россией нормативных и правовых актов уже использовались в практической деятельности региона.

Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Захарова О.В., Давыдова Т.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

КЛИНИЧЕСКАЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С целью приведения региональной службы трансплантации органов в соответствие с организационными основами этого вида медицинской помощи в Российской Федерации нами проанализированы материалы XI Всероссийского съезда трансплантологов состоявшегося 21-23 сентября 2022 года в Москве. В рамках съезда были обсуждены все аспекты и перспективы трансплантационной деятельности в стране. Отмечено, что пройден достойный путь становления и развития клинической трансплантологии – от первых успешных трансплантаций жизненно важных органов до значимых дат, в виде – 35-летия первой трансплантации сердца и 25-летия педиатрической трансплантации печени, ставших девизами съезда. За эти годы удалось превратить трансплантацию органов в реальный, доступный для граждан вид медицинской помощи. Трансплантация органов включена в перечень видов высокотехнологической медицинской помощи. Достигнута национальная самодостаточность в области педиатрической трансплантации печени и почек. На съезде отмечено, что в 2019-м году в Российской Федерации было произведено более 2,4 тыс. трансплантаций. Это был самый продуктивный год до развития пандемии, тогда прослеживалась тенденция увеличения числа трансплантаций примерно на 200 операций ежегодно за счет развития регионов, увеличения активности трансплантационных центров. Пандемия дала уменьшение количества выполняемых трансплантаций в 2020 году на десять процентов. За 2021 год удалось набрать темп и почти вернуться к допандемийному количеству операций – было сделано более 2,3 тыс. пересадок органов. В 2022 году по динамике нарастания количества трансплантаций органов ожидается, что результаты 2019-го года будут превышены, и дальше будет продолжаться тенденция по увеличению числа выполняемых трансплантаций. Наряду с ведущими федеральными центрами, медицинскую помощь методом трансплантации органов оказывают в 65 учреждениях в 35 регионах, при этом достигнута устойчивая тенденция к увеличению их числа.

В 2021 году в головном учреждении «Национальном медицинском исследовательском центре трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» выполнено 283 трансплантации почек, 211 трансплантаций сердца, 177 трансплантаций печени, 9 трансплантаций легких, 2 трансплантации сердечно-легочного комплекса и 2 трансплантации поджелудочной железы. Это учреждение можно считать эталонным в плане объемов и результатов трансплантационной деятельности. Лист ожидания трансплантации почки в Российской Федерации составляет 6,5 тыс. человек, но диализ получают более 65 тысяч граждан. Соответственно, число нуждающихся в донорской почке может быть значительно увеличено, потому что себестоимость диализа существенно выше затрат на пересадку почки при несопоставимо лучшем качестве жизни после трансплантации.

Очень важным является решение вопроса о преодолении дефицита органов для трансплантации от посмертных доноров, и это касается организации работы лечебных учреждений, где лечатся пациенты с тяжелыми поражениями головного мозга вследствие травм и заболеваний. Чтобы умерший стал полноценным донором органов, специалисты принимавшие участие в его лечении – анестезиологи, реаниматологи нейрохирурги, неврологи – должны обладать соответствующими профессиональными навыками. В Российской Федерации вопросы донорства и трансплантации органов преподаются на базе трансплантационных центров. Пять лет назад Минздрав России начал активную кампанию по популяризации посмертного донорства. Благодаря этому в обществе уменьшился антагонизм и выросло понимание, что это необходимо, что трансплантация и донорство являются гуманитарными процессами и направлены на сохранение здоровья и жизни людей.

Выводы. Трансплантация органов в Российской Федерации рассматривается как новый уровень развития медицины, стимул к развитию науки. Число пациентов, спасти жизнь которым может только трансплантация органов, постоянно увеличивается, в связи с чем, предпринимаются меры, направленные на совершенствование этого вида помощи, являющегося приоритетными для современного здравоохранения и регионального развития.

Денисова А.Г., Позднякова Н.В.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Пенза
ФГБУЗ «Медико-санитарная часть №59» ФМБА России, г. Пенза

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА ПРИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Патологические изменения в миокарде сопровождаются различными нарушениями электрической активности сердца, многие из которых прогностически неблагоприятны в плане развития фатально опасных аритмий.

Цель исследования: изучение маркеров электрической нестабильности сердца у больных ИБС при безболевого ишемии миокарда.

Материал и методы исследования: 82 больных (62,6±5,4 лет). В исследование включали амбулаторных пациентов при наличии устойчивого синусового ритма со стабильным течением стенокардии на протяжении предшествующего месяца на фоне стандартной антиишемической терапии (антиагреганты, статины, бета-адреноблокаторы, нитраты в режиме по требованию). На основании данных анамнеза и мониторингирования ЭКГ больные разделены на 3 группы: I группа – с исключительно безболевого ишемией миокарда (БИМ) – 28 (34%), II группа – с сочетанием безболевого ишемии и стенокардии/ее эквивалентов – 32 (39%), группа сравнения – только стенокардия/ее эквиваленты без эпизодов БИМ – 22 (27%) человек. Комплекс обследования: ХМ ЭКГ, нагрузочный тест (ВЭМ), эхокардиография (ЭхоКГ), сигнал-усредненная ЭКГ (СУ-ЭКГ) с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), анализ вариабельности ритма сердца (ВРС), оценка временной реполяризации желудочков – дисперсия интервала Q-T (QTd), скорректированный интервал Q-T (QTc).

Результаты исследования: в I группе желудочковые нарушения ритма (ЖНР) регистрировали в 92,9% наблюдений, у пациентов группы сравнения частота регистрации ЖНР составила 45,4%, $\chi^2=6,3$, $p<0,05$, причем желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) высоких градаций (ЖЭ IV-V градаций) выявлена только в I и II группах: получена корреляционная связь ЖЭ IV-V градаций с суточным количеством эпизодов болевой и безболевого ишемии миокарда ($R=0,59$, $p=0,04$), с продолжительностью безболевого ишемии миокарда ($R=0,62$, $p=0,03$), с суточной продолжительностью всех эпизодов ишемии СИМ ($R=0,538$, $p=0,03$). При анализе ЖЭ высоких градаций отметили, что у больных с ППЖ желудочковые аритмии IV-V градаций регистрировались достоверно чаще в сравнении с больными без ППЖ, $\chi^2=9,8$, $p<0,03$. Отмечена связь СИМ с продолжительностью фильтрованного комплекса HF QRS-Dauer ($R=0,63$, $p=0,01$), с продолжительностью низкоамплитудных сигналов в конце фильтрованного комплекса QRS LAN Fd ($R=0,49$, $p=0,03$); продолжительности БИМ с HF QRS-Dauer ($R=0,57$, $p=0,01$). Положительная корреляция получена при оценке глубины депрессии ST сегмента с HF QRS-Dauer ($R=0,45$, $p=0,03$), с LAN Fd ($R=0,41$, $p=0,03$), количества безболевого эпизодов ишемии за сутки с HF QRS-Dauer ($R=0,51$, $p=0,04$); СИМ с QTd ($R=0,485$, $p=0,03$). Отметим преобладание низкочастотных колебаний ритма, увеличение соотношения низко- и высокочастотных волн – LF/HF, снижение значение SDNN у больных I группы (96,4%), соответственно во II группе – 81,2%, в группе сравнения – 54,5%.

Таким образом, у пациентов с безболевым течением ИБС чаще выявлялись поздние потенциалы желудочков, желудочковая экстрасистолия высоких градаций, более значимо повреждение автономного вегетативного контроля ритма сердца. Установлена связь суточной ишемии миокарда, количества безболевого эпизодов ишемии с показателями сигнал-усредненной ЭКГ, дисперсией Q-T интервала, соотношением LF/HF.

Денисова Е.М., Евтушенко И.С., Сергиенко Н.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ГИПОКСИТЕРАПИИ

Высокая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в современной клинической практике, их частая патогенетическая связь с хронической патологией других органов и систем, диктует необходимость поиска новых подходов к терапии коморбидных состояний.

Цель. Изучение влияния интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНГТ) на качество жизни (КЖ) пациентов с коморбидными ССЗ и социально-значимой патологией.

Материал и методы. В исследование включено 218 пациентов с коморбидными ССЗ, которые были распределены на две группы, каждая из которых подразделялась на подгруппы. В I группу вошли 118 пациентов, которые в дополнение к традиционному лечению получали курсы ИНГТ, во II – 100 пациентов, принимавших только традиционную медикаментозную терапию в соответствии с нозологией. В подгруппу IA включили 71 пациента с сахарным диабетом (СД) II типа, а подгруппу IB – 47 больных с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Во II группе подгруппа А включала 54 пациента с СД II типа, а подгруппа В – 46 пациентов с ХОБЛ. В I группе проводились 15-ти дневные сеансы ИНГТ ежеквартально на протяжении полугода с использованием гипокси-гипероксикатора «Тибет-4». Для оценки КЖ всем участникам исследования исходно, через 3 и 6 месяцев проводился опрос с помощью Миннесотской анкеты (MLHFQ), а для уточнения бытовой физической активности использовали анкету университета Дюка (DASI).

Результаты. Анализ исходных данных пациентов во всех группах выявил снижение КЖ по MLHFQ и уровня бытовой физической активности по шкале DASI, без достоверных отличий в группах и подгруппах.

Через 3 и 6 месяцев от начала исследования в I группе выявлено достоверное улучшение ($29,51 \pm 2,12$ и $27,07 \pm 3,42$ соответственно) в сравнении с исходными ($43,51 \pm 3,74$), при этом показатели в указанные сроки статистически значимо не отличались ($p=0,54$). При анализе подгрупп отмечено, что в подгруппе IB через 3 месяца выявленная положительная динамика была не достоверна, а через 6 месяцев получен статистически значимый результат. В то время как в подгруппе IA через 3 месяца улучшение показателей статистически значимо, что сохранилось и через 6 месяцев.

Уровень бытовой физической активности через 3 и 6 месяцев в I группе достоверно повысился ($36,62 \pm 1,97$ и $37,52 \pm 2,76$ соответственно). При этом через 3 месяца в I группе показатель составил $37,43 \pm 2,69$ в подгруппе А и $35,81 \pm 1,24$ в подгруппе В, в то время как во II группе – $28,34 \pm 4,71$ для подгруппы А и $27,34 \pm 3,19$ для подгруппы В, что значимо не отличалось от исходного показателя. Анализ данных через 6 месяцев выявил значимое улучшение бытовой физической активности у всех участников I группы в сравнении с исходными цифрами (IA – $38,12 \pm 3,25$ и IB – $36,91 \pm 2,27$), в то время как во II группе показатели оставались без существенной динамики в сравнении как с исходными, так и с промежуточным показателем.

Выводы. Применение ИНГТ позволяет улучшить качество жизни и уровень бытовой физической активности в комплексном лечении коморбидных пациентов.

Дерипас Н.В., Сапужук Т.Б.

Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ ДНР и Донецкий национальный университет

ПРОБЛЕМА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В современном мире, в условиях изменяющегося общества особенно важной становится реализация права каждого ребенка, в том числе с ограниченными возможностями здоровья, на полноценное

и свободное развитие. В сложившейся ситуации повышаются требования к системе здравоохранения и образования, поскольку для обеспечения конкурентоспособности страны критически важным становится человеческий капитал как важнейший социально-экономический фактор развития государственности.

Данные требования могут быть решены посредством комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. Первичным и особенно важным звеном, при этом, является своевременная ранняя диагностика отклонений развития у детей, позволяющая вовремя организовать адекватное медико-психолого-педагогическое воздействие. И как показывает практика, при условии раннего выявления (не позднее 12-18 месячного возраста ребенка) практическое выздоровление и нормализация развития функций могут быть достигнуты в 50-60% случаев уже к 3 годам. Другими словами, ранняя диагностика позволяет вовремя организовать комплексную помощь и добиться положительных результатов.

Особенно важным это становится в последние годы, когда прослеживаются отрицательные тенденции в динамике состояния здоровья детей. По данным официальной статистики, численность детского населения постоянно сокращается. При этом, распространенность патологии и заболеваемость среди детей ежегодно увеличивается на 4-5%. Количество новорожденных детей с проблемами в состоянии здоровья и физиологической незрелостью составляет около 74%, детей с неврологической патологией – около 86%. Абсолютно здоровыми можно считать не более 10% детей дошкольного и 4% детей подросткового возраста.

Следует отметить, что диагностика, как один из этапов помощи детям, имеющим нарушения развития, не может быть узконаправленной деятельностью. Важно, чтобы она представляла собой комплексный спектр услуг специалистов различных видов деятельности, способных оценить уровень развития ребенка с медицинской, психологической и педагогической стороны.

Такой подход обусловлен множественностью и неоднородностью факторов, способствующих возникновению нарушений в развитии детей. Дети, чье развитие значительно нарушено в результате врожденных изменений, обычно сразу диагностируются специалистами. Проблема ранней диагностики возникает с детьми, развитие которых нарушено под воздействием биологических факторов (например, генетический фактор, малый вес при рождении) или факторов среды (например, материнская депривация). Диагностирование этой группы детей специалистами может быть затруднено (в силу неясности признаков нарушения) так же, как и понимание родителями (в силу низкой информированности) того, что эти дети нуждаются в помощи.

Проблема ранней диагностики отклонений развития у детей может быть решена посредством детской диспансеризации, которая закреплена законодательно в Российской Федерации, но в силу объективных причин осуществляется не везде.

Таким образом, ранняя комплексная диагностика развития детей, предполагающая всестороннее обследование здоровья и развития, с целью выявления возможных заболеваний и патологий, оценки физического и нервно-психического развития ребенка, а также профилактика болезней и выявление возможной предрасположенности к ним, крайне важна.

Джавадов М.Д., Бабкова И.С., Павлова М.С., Исаакян Ю.А.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ, г. Москва

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖИРОВОГО НЕКРОЗА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Введение. Чрезмерная мобилизация железистых или дермо-гландулярных лоскутов, грубая хирургическая техника, инфекция, воспаление и т. д. могут привести к формированию жирового некроза. В среднем и долгосрочном периоде деформация контура, кальцификация паренхимы молочной железы и масляные кисты могут появиться в месте предыдущего ограниченного и очагового жирового некроза. При более обширном процессе жировой некроз может пальпироваться в виде твердой фиброзной

массы размером до 5-8 см, что может вызвать подозрение на злокачественный процесс. В таких случаях прежде всего выполняется УЗИ молочных желез. Подобно всем типам некроза тканей, жировой некроз также склонен к присоединению инфекции. Хирургическое лечение неизбежно при наличии открытой язвы или присоединении инфекции. Лечение направлено на удаление нежизнеспособных тканей и закрытие дефекта с формированием эпителизированной поверхности без признаков воспаления. После специфического лечения необходимо тщательное удаление некротической и рубцовой ткани с заменой на жизнеспособную.

Цель. На клиническом примере продемонстрировать варианты лечения жирового некроза после липофилинга молочных желез.

Материалы и методы. Был проведен анализ анамнеза, объективного осмотра, УЗИ пациенток с жировым некрозом, развившемся после выполнения липофилинга молочных желез.

Результаты. В апреле 2022 года пациентка 27 лет обратилась в отделение пластической хирургии УКБ №1 ПМГМУ им. Сеченова спустя 8 месяцев после липофилинга с жалобами на асимметрию молочных желез. При осмотре пальпировалось образование в левой молочной железе, в связи с чем было выполнено УЗИ, по результатам которого обнаружили солидное гетерогенное образование. Было принято решение хирургического удаления образования, используя инфрамаммарный доступ. Удаленная масса имела вид желтовато-белых кист и плотной кальцифицированной массы. Патоморфологическое исследование подтвердило наличие некротических адипоцитов с многочисленными клетками воспалительного инфильтрата. При дальнейшем наблюдении пациентки жалоб не наблюдалось.

В мае 2022 года пациентка 24 лет обратилась с жалобами на болезненность в левой молочной железе. В январе этого года пациентке была проведена аугментационная маммопластика собственными тканями. При пальпации выявлено несколько болезненных образований, УЗИ показало несколько четко очерченных кист размером от 7 до 10 мм. При таком варианте жирового некроза показана аспирация данных кист с дальнейшей их диагностикой. Содержимое кист представляло собой маслянистую субстанцию желтоватого цвета. После проведенной аспирации наблюдалось уменьшение болей, а также отсутствие пальпации образований в левой молочной железе.

Заключение. Жировой некроз – одно из самых частых осложнений после липофилинга молочных желез. Однако раннее выявление осложнений, адекватная диагностика и профессиональное лечение способствуют уменьшению рисков развития серьезных осложнений и купированию уже возникших симптомов заболевания.

Джеломанова О.А., Железня А.А., Слюсарь-Оглух Т.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ЕГО СВЯЗЬ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ У ЖЕНЩИН С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ

Целью исследования было изучение особенностей проявления хронического болевого синдрома и его связи с психоэмоциональным состоянием у женщин репродуктивного возраста с тазовой болью. Обследовано 110 пациенток репродуктивного возраста с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ). При опросе женщин использовались визуальная аналоговая шкала (ВАШ), опросник боли Мак-Гилла с подсчетом индекса числа выбранных дескрипторов (ИЧВД) и рангового индекса боли (РИБ), шкала Л. Ридер, госпитальные шкалы тревоги и депрессии, анкета балльной оценки сна, предложенная Я.И. Левиным. В связи с отклонением большинства переменных от нормального распределения (критерий Колмогорова-Смирнова), они были представлены медианой и 25 и 75-м перцентилиями. Для анализа связи между показателями использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена (rs).

Установлено, что у всех пациенток с СХТБ основной жалобой является боль в нижних отделах живота различного характера и интенсивности. Большинство женщин с СХТБ имеют длительный

болевого анамнез. Интенсивность боли по ВАШ у пациенток с СХТБ составляет 7 (6; 8) баллов; общий ИЧВД – 7 (6; 9) баллов; РИБ – 12 (10; 16) баллов. ИЧВД сенсорной шкалы, в которую входят дескрипторы-слова, описывающие боль, составляет 4 (3; 4) балла, РИБ по этой шкале – 6 (5; 8) баллов; ИЧВД аффективной шкалы, описывающей чувства, которые вызывают боль и какое воздействие оказывают на психику составляет 3 (2; 3) балла, РИБ – 3 (2; 4) балла; РИБ интенсивности боли по эвалюативной шкале составляет 3 (2; 3) балла. Наиболее часто пациентки характеризуют боль как тянущую (68,2%), ноющую (59,1%), тупую (34,5%), распирающую (29,1%), давящую (19,1%), жгучую (16,4%), палящую (10,9%), отмечают, что боль утомляет (48,2%), угнетает (37,3%), обессиливает (27,3%), изматывает (22,7%), раздражает (13,6%), вызывает чувство тревоги (45,5%), тошноты (17,3%). Уровень тревоги при хронической тазовой боли достигает 10 (7; 12) баллов; депрессии – 7 (4; 10) баллов; психосоциального стресса – 2,29 (1,57; 2,57) баллов; а показатели, характеризующие сон, составляют 17 (13; 20) баллов. Выяснено, что при СХТБ тревожные расстройства имеют место у 71,8% женщин, проявления депрессии – у 47,3%, высокий уровень психосоциального стресса – у 61,8%, признаки неблагополучия сна – у 60,0%. Высокая прямая корреляция между показателями интенсивности боли по ВАШ и эвалюативной шкале опросника боли Мак-Гилла ($r_s = 0,92$) указывает на одинаковую субъективную оценку боли по этим методам при СХТБ. Отмечена прямая связь интенсивности боли с ощущением боли (ВАШ и сенсорный РИБ – $r_s = 0,65$), с воздействием боли на психику (ВАШ и аффективный РИБ – $r_s = 0,44$), а также между болевыми и психоэмоциональными ощущениями (сенсорный РИБ и аффективный РИБ – $r_s = 0,36$). Проведение корреляционного анализа также свидетельствует о том, что чем интенсивнее боль по ВАШ, тем более высокими являются уровни психосоциального стресса ($r_s = 0,70$), тревоги ($r_s = 0,65$), депрессии ($r_s = 0,46$), и ниже значения сна ($r_s = -0,77$). Наблюдается прямая средняя корреляция между уровнями психосоциального стресса и тревоги ($r_s = 0,66$), психосоциального стресса и депрессии ($r_s = 0,58$), обратная сильная – между уровнями тревоги и сна ($r_s = -0,71$), психосоциального стресса и сна ($r_s = -0,79$).

Принимая во внимание вышеизложенное, можно сделать вывод, что боль влияет на психоэмоциональное состояние женщины – происходит усугубление психоэмоциональных нарушений, которые взаимодействуют, усиливая боль и усугубляя психопатологические симптомы.

Джеломанова С.А., Чурилов А.В., Чурилов А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Синдром задержки роста плода является актуальной проблемой современного акушерства. Одной из возможных причин данной патологии являются аутоиммунные процессы, в основе которых – появление аутоантител к фосфолипидам мембран клеток, а также связанных с этими фосфолипидами гликопротеинами. Образующиеся комплексы антиген-антитело запускают сложный каскад биологических реакций и, как следствие, тромботическому поражению сосудов различной локализации и калибра, что приводит к развитию плацентарной недостаточности, приводящей к задержке роста плода. Известно, что запуск и развитие аутоиммунного процесса может быть связан с наличием воспалительного процесса.

Целью работы явилось изучение взаимосвязи соматического и гинекологического анамнеза беременных с развитием синдрома задержки роста плода.

Материалы и методы. Обследовано 130 беременных в сроке гестации 26-40 недель. I группу составили 103 пациентки с задержкой роста плода, II – 27 практически здоровых женщин с физиологическим течением беременности. Беременные обеих групп были репрезентативны по возрасту, паритету, социальному статусу. Задержку роста плода и ее степень диагностировали на основании высоты стояния дна матки и ультразвуковой фетометрии. Диагноз подтверждался после родов по данным измерения новорожденного.

Результаты исследования. При проведении обследования беременных I группы установлено наличие задержки роста I степень тяжести у 55,3%, II – у 35,1%, III – у 9,7%. Изучение анамнеза позволило выявить наличие статистически значимой разницы частоты соматической и гинекологической патологии, течения и исхода предыдущих гестаций между группами, $p < 0,05$. У беременных с задержкой роста плода из экстрагенитальной патологии наиболее часто регистрировалась: варикозная болезнь – 34,9% случаев, функциональные нарушения кровообращения сосудов головного мозга – 8,7%, пороки сердца – 20,4%, артериальная гипертензия – 19,4%, хронический тонзиллит – 48,5%, паротит – 21,3%, пиелонефрит – 23,3%, аутоиммунный тиреоидит – 25%, хронический бронхит – 17,5%. Из гинекологической патологии наиболее частыми были: хронические воспалительные заболевания женских половых органов – 57%, в том числе вирусной этиологии – 25,2%. Анализ репродуктивного анамнеза показал, что в I группе неразвивающаяся беременность и выкидыш в I или II триместрах гестации регистрировались у 30% беременных, антенатальная гибель плода в III триместре – у 4,8%, преждевременные роды – у 33%. Патология новорожденных (нарушение мозгового кровообращения, задержка роста плода, синдром дыхательных расстройств, асфиксия) в анамнезе регистрировалась у 21,3% беременных I группы.

Выводы. Поведенное исследование подтверждает взаимосвязь развития синдрома задержки роста плода с отягощенным соматическим и гинекологическим анамнезом беременных с преобладанием хронических воспалительных заболеваний различной локализации и этиологии, которые имелись у 98% обследованных I группы. Также у беременных с задержкой роста плода отмечена высокая частота осложнений репродуктивного анамнеза и патологии новорожденных в предыдущих родах.

Джерелей О.Б., Якубенко Я.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканский травматологический центр, г. Донецк

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МЗ ДНР

Огнестрельные повреждения коленного сустава в условиях СВО является достаточно частой и при этом сложной проблемой, требующей достаточного внимания и определенных подходов, касающихся оказания помощи данной категории пострадавших. Согласно последним имеющимся обобщенным данным, распространенность повреждений крупных суставов при огнестрельных ранениях конечностей достигает 17,3%, среди которых 24% – это ранения коленного сустава (Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., 2011 г., Rivera 2013.).

Гуманенко Е.К. с соавт. выделяет 3 группы повреждений коленного сустава. В нашей работе мы использовали более подробную классификацию Collins and Temple (1992), в которой также выделяются 3 основных группы, но уже с подгруппами с более подробным описанием повреждений мягких тканей и суставного хряща.

Большая часть тяжелых повреждений III группы, как правило, требуют оценки жизнеспособности самой конечности и характеризуются обширными повреждениями мягких тканей, разрушением суставных поверхностей, нередко сочетаются с угрожающими жизни повреждениями другой локализации и требуют отдельного рассмотрения.

В своей работе по оказанию помощи в условиях СВО на фоне высокой интенсивности боевых действий и перегрузки РТЦ большим количеством пострадавших, раненые с повреждениями I группы зачастую оказывались в непрофильных, в лучшем случае, в общехирургических отделениях. Со временем, становилось ясным, что пренебрежение малосимптомными проникающими ранениями области коленного сустава чревато быстро развивающимися вторичными осложнениями, чаще всего в виде быстропрогрессирующего артроза коленного сустава.

С 2014 года в ОТО№2 РТЦ проходили лечение 42 пациента с повреждением коленного сустава II группы. Из них 65% пострадавших поступили в 2022 году и, учитывая продолжающиеся боевые

действия, исследуемая группа продолжает увеличиваться. Пациентам выполнялись следующие манипуляции: артроскопические вмешательства, операции под УЗИ-наведением, рентгенконтролем и рентгенэндоваскулярные вмешательства, остеосинтез спице-стержневым АВФ «бедро-голень».

Следует выделить высокую эффективность сонографического метода за счет быстроты выполнения, низкой затратности, высокой диагностической ценности (при наличии соответствующего опыта) в визуализации инородных тел, сосудистых структур.

Впервые при огнестрельных ранениях коленного сустава применены артроскопические вмешательства, проводимые как с лечебно-диагностической целью, так и в качестве альтернативы первичной хирургической обработке. Анализ результатов применения данной методики показывает ее высокую эффективность как в лечении и профилактике острых повреждений, так и в лечении последствий огнестрельных ранений.

Применение аппаратов внешней фиксации при остеохондральных повреждениях дает целый ряд преимуществ в виде возможности опоры на конечность, раннего начала функции и, таким образом, создания условий, необходимых для восстановления суставного хряща за счет контролируемой разгрузки суставных поверхностей. Однако, высокой эффективности при применении данного способа можно получить только с использованием особых малотравматичных компонок и обязательным оснащением шарнирными устройствами. Применение же экспресс-фиксации, в том числе и компоновке «бедро-голень» в условиях высокоспециализированного стационара целесообразно только при ограниченных условиях (обширных повреждениях на фоне тяжелой сочетанной травмы или большом потоке раненых).

Примененные вмешательства при ранениях коленного сустава показывают свою высокую эффективность и вписываются в рамки одного из важнейших принципов современной ВПХ – максимально ранней специализированной

Джоджуа А.Г., Прокопенко Е.Б., Джоджуа Р.А., Фоминова Н.В., Бубликова А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПСЕВДОИНСУЛЬТ

Псевдоинсульт – патологическое состояние, которое по клинической картине напоминает острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), а на мозговой аутопсии не обнаруживаются структурно-морфологические перемены, которые могли бы объяснить очаговые неврологические проявления. Подобные повреждения обозначают еще понятием «неполный церебральный инфаркт». Частота псевдоинсульта среди ОНМК колеблется от 3,6 до 6,3% случаев. Причины, обуславливающие развитие псевдоинсульта, разнообразны. Это прежде всего заболевания легких, сердца, печени, пищеварительного тракта, почек. Имеют значение такие заболевания, как панкреатит, сахарный диабет, гипогликемия, септические состояния, экзогенная и эндогенная интоксикация, анемия, перитонит. Считают, что перечисленные соматические заболевания и патологические процессы декомпенсируют прежде всего скрытые морфофункциональные дефекты сосудистой системы мозга, углубляют системно-церебральные гемодинамические нарушения. Вследствие недостаточности кровоснабжения в тех или иных участках головного мозга усугубляется гипоксия-ишемия, а затем и развивается картина псевдоинсульта. Другие исследования показали, что структура гемодинамики при развитии псевдоинсульта соответствует гипокинетическому типу центрального кровообращения в сочетании с фокальной или общей гипоперфузией ткани мозга. Поэтому восстановление мозгового кровообращения за счет нормализации кардиогемодинамики сопровождается регрессом очаговых неврологических нарушений, а в области региональной гипоперфузии не обнаруживаются морфологических изменений у больных с ранней гиперперфузией после реканализации окклюзированной артерии в пределах 12-18 часов, также не проявляется каких-либо структурных изменений по данным компьютерной томографии (КТ) или магнитно – резонансной томографии (МРТ), проведенной в конце острого периода ОНМК. Среди механизмов, непосредственно обуславливающих развитие псевдоинсульта, определенное значение имеет подавление гомеостатических и газотранспортных свойств крови, воз-

никающих при анемии, септических состояний, различных интоксикаций. Дополнительные неблагоприятные факторы вызывают срыв авторегуляторных механизмов, что обуславливает резкое падение регионального мозгового кровообращения, гипоксию, метаболический дисбаланс. Комплекс этих факторов способствует формированию структурно неизмененного, но функционально выключенного участка мозга, который и определяет очаговую неврологическую симптоматику. Ретроспективный анализ клиники псевдоинсульта и его течения показывает, что заболевание обычно начинается остро, сопровождается повторной рвотой, выраженными очаговыми симптомами. В одних случаях неврологический дефицит соответствует локализации очага поражения, а в других – не соответствует определенной зоне васкуляризации и сочетается с общемозговой симптоматикой. Специалисты выделяют следующие критерии диагностики псевдоинсульта: ухудшение соматического состояния больных за несколько дней до развития церебральных симптомов с признаками поражения то левого, то правого полушария большого мозга, очаговые симптомы не соотносятся с определенным сосудистым бассейном; имеются признаки генерализованного нарушения микроциркуляции (акроцианоз, похолодание конечностей, мраморность кожных покровов) и т.д.

Итак, соматические заболевания являются пусковым механизмом развития псевдоинсульта, но не всегда они определяют особенности его клинического течения в дальнейшем. Поставить диагноз псевдоинсульта, опираясь только на клинические проявления невозможно. Учитывается, что такой вариант ОНМК возникает на фоне соматической патологии, но характер поражения головного мозга можно определить только с помощью КТ, МРТ.

Джоджуа А.Г., Стафинова Е.А., Джоджуа Р.А., Никитенко Д.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОМПЛАЕНС КАК РЕЗУЛЬТАТ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА

Для врача, профессиональная деятельность которого предполагает интенсивное и продолжительное общение, умение выстраивать эффективную коммуникацию – одно из важнейших профессионально-важных качеств. Посредством развития коммуникативной компетентности возможно создание доверия, терапевтического альянса и эффективное решение задач, среди которых важнейшей служит формирование приверженности пациента к терапии.

Достаточно часто вина за невыполнение врачебных рекомендаций, и как следствие, неэффективность лечения, возлагается на «недобросовестного пациента», хотя комплаенс, как залог решения медицинских задач, во многом представляет собой результат коммуникативной компетентности врача. Для того чтобы инициировать принятие пациентом активной позиции, современный врач должен в первую очередь понимать границы своей компетентности, а также обладать определенными психологическими знаниями и умениями в области формирования терапевтического альянса.

До сегодняшнего времени в медицинской практике остается популярной патерналистская модель отношений, когда все решения принимает доктор, и он же несет за них ответственность. Пациенту отводится пассивная роль. Исследования, направленные на оценку результативности такого рода взаимоотношений, показывают их неэффективность.

Результаты обобщения литературных источников, посвященных проблеме комплаенса, показали, что данный феномен представляет собой результат развернутого во времени процесса, в который включены:

- пациент (с его личной моделью здоровья, медицинской осведомленностью, стилем решения проблем, социализацией, внутренней картиной болезни, мнением ближайшего окружения и т.д.);
- врач (с коммуникационной компетентностью, со своими особенностями профессиональной социализации, специальными медицинскими знаниями и навыками, стилем ведения консультации, стилем выписки назначений и т.д.);

- специфика взаимодействия в кабинете врача (у врача – это готовность к терапевтическому сотрудничеству, понятный для пациента язык общения, у пациента – реакция на внушающие вопросы, внимание к деталям, полнота изложения жалоб и др.);
- переживание и понимание (зрелость внутриличностной рефлексии) симптомов заболевания пациентом;
- понимание врачом жалоб пациента и выбор ресурсов лечебного воздействия, инструктирование пациента при окончании консультации (профилактика низкой комплаентности);
- понимание пациентом информации, которую доносит ему врач;
- принятие предписаний врача и формирование пациентом плана деятельности по выздоровлению.

В рамках такой трактовки феномена комплаенса представляется возможным переход от патерналистской к более современной модели отношений между врачом и пациентом, позволяющей пациенту и членам его семьи активно участвовать в принятии всех важных решений и посредством ведения диалога с врачом, получать всю интересующую информацию о состоянии своего здоровья.

Джоджуа А.Г., Статинова Е.А., Джоджуа Р.А., Сохина В.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ «ВЕНОЗНОЙ» ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Наиболее частым проявлением патологии церебральной венозной системы является головная боль (ГБ), которая имеет ряд характерных черт, позволяющих выделить ее среди других видов ГБ. Венозный тип сосудистой головной боли возникает в результате снижения тонуса вен и их переполнение кровью, нарушение оттока крови из головы, а также ряда других механизмов приводящих к переполнению венозной системы головы.

Так как венозный кровоток пассивен – вены в отличие от артерий не имеют мышц и выраженных эластических структур, то венозные головные боли зависят от положения тела и работы насоса – грудной клетки, присасывающее действие которой и является основным насосом для крови (а не работа сердца, которое скорее играет направляющую, координирующую роль).

Особенности «венозной» головной боли следующие:

- характер боли – тяжесть в голове, голова «налита свинцом», распирающая монотонная головная боль;
- интенсивность боли – от легкой до умеренной;
- суточная зависимость – утренние или предутренние головные боли, боли в первой половине дня;
- локализация – симметричная, диффузная, реже – в теменно-затылочной области. Как правило, головная боль нарастает при движениях головой в стороны, перемене атмосферного давления, смене температуры окружающей среды, после волнения, приема алкоголя и др.

Факторы, усиливающие или провоцирующие головную боль, – наклоны вперед с опусканием головы, горизонтальное положение тела, проба Вальсальвы, прием алкоголя, нитратов, сосудорасширяющих препаратов, теплая ванна, горячие напитки, нахождение в душном помещении, сауне, дневной сон, тугий галстук или воротник.

Факторы, уменьшающие головную боль, – употребление крепкого чая, кофе, кофеинсодержащих напитков, умывание холодной водой, прогулки на свежем воздухе, вертикальное положение тела, сон на высокой подушке.

Симптомы, сопровождающие головную боль – отмечаются изменения глазного дна (сужение артерии, расширение вен), зрительные нарушения: пелена перед глазами без снижения зрения, мушки, нечеткость контуров; пациенты замечают, что им стало труднее читать. Сразу после начала лечения возникает эффект вынутого стекла – краски воспринимаются ярче.

Встречается антидиуретическая реакция: вследствие нарушения выработки антидиуретического гормона снижается экскреция Na^+ и K^+ и, как результат, происходит задержка жидкости. Нарушения

слуха как такового нет, но пациенты «недослышат», переспрашивают. Некоторые больные жалуются на ощущение заложенности носа, что связано с расширением вен слизистой носа. У этих больных регистрируется склонность к носовым кровотечениям.

При внешнем осмотре обращает внимание инъекции склер, цианотичная окраска кожи всего лица, локальный цианоз губ, синева под глазами, легкая синюшность шеи, кончика носа, мочек ушей, мягкого неба, выраженная отечность лица в утренние часы после ночного сна, которая значительно уменьшается к вечеру при достаточной физической активности, расширение подкожных вен на челепе.

Джоджуа А.Г., Стафинова Е.А., Прокопенко Е.Б., Джоджуа Р.А., Шевченко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ВЕНОЗНОГО ИНСУЛЬТА

Среди приоритетных проблем ангионеврологии мозговой инсульт прочно удерживает лидирующее положение в связи с его высокой медико-социальной значимостью. Венозный инсульт (ВИ) являясь «относительно неизвестным цереброваскулярным заболеванием», встречается до 5% от всех случаев инсульта. Характерной для ВИ считается ранняя геморрагическая трансформация, связанная с венозным застоем и развитием вазогенного отека мозга, которая регистрируется в 3 раза чаще при ВИ, чем при артериальном инсульте. Венозный же инсульт без кровоизлияния (без геморрагической трансформации) во многом представляет собой «белое пятно» в литературе как неврологической, так и радиологической, что подтверждается ростом случаев диагностики этого заболевания с 0,3 до 2% за короткий период в 3 месяца при определенной настороженности диагностических служб.

Венозный застой, развивающийся вследствие закупорки магистральных церебральных венозных сосудов без поражения артерий виллизиева круга может носить первичную роль в формировании очага инфаркта мозга. Факторами, провоцирующими венозные кровоизлияния, являются повышение венозного давления и нарастающий венозный застой. Венозные инфаркты сопровождающиеся кровоизлияниями, принимаются по данным компьютерной томографии (КТ) за геморрагические артериальные инфаркты. Подострое течение ишемического инсульта (ИИ) с геморрагической трансформацией очага так же, как и венозный инфаркт, может обуславливать ухудшение состояния пациентов на 2-5 сутки, что делает клиническую картину трудной для дифференциации.

Так как определение венозного характера инсульта ведет к изменению лечебной тактики, возникновение подозрений на это заболевание уже на этапе оценки клинической картины является важной составляющей диагностики, а последующая нейровизуализация должна обеспечить верификацию.

При подозрении на наличие церебрального венозного тромбоза и развившегося в дальнейшем венозного инсульта рекомендуется использовать следующий алгоритм нейровизуализационной диагностики: СКТ-в первые 5 дней острого периода при подозрении на церебральный венозный тромбоз и проведении дифференциальной диагностики осложнения церебрального венозного тромбоза геморрагическим и (или) негеморрагическим венозным инсультом. Для подтверждения диагноза желательно введение контрастного вещества; МРТ-после 5-го дня острого периода при подозрении на тромбоз синусов или венозный характер инфаркта. При этом целесообразно дополнять рутинное нативное исследование проведением МР-ангиографии, МР-венографии или СКТ-ангиографии с болюсным введением контрастного вещества и исследованием как артериальной, так и венозной фазы мозгового кровотока.

Ключевыми дифференциальными признаками венозного инсульта можно считать: неполное соответствие локализации инсульта бассейну определенной артерии; локализация инсульта соответствует зоне интереса синуса с признаками нарушения оттока при КТ- или МР-венографии; субкортикальная локализация венозного инсульта; чаще неправильная форма очага при венозном инсульте в отличие от артериального; нечеткость границ зоны венозного инфаркта; присутствие выраженного перифокального отека; отчетливое снижение плотности вещества мозга на КТ в первые часы; часто

наблюдаемое пальцевидное или пятнистое кровоизлияние в центре инфаркта; возможно выявление синус-тромбоза.

Джоджуа Т.В., Рынкова Я.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

К теме преэклампсии (ПЭ) мы обращаемся далеко не в первый раз. На сегодняшний день открытие молекулярных механизмов в формировании полиорганных нарушений позволяет по-новому взглянуть на патогенез этого грозного осложнения беременности и приблизиться к решению проблемы диагностики, профилактики и лечения.

Цель нашей работы заключалась в снижении риска развития синдрома полиорганных нарушений у беременных с преэклампсией путем своевременной диагностики ее «атипичных» форм.

Материалы и методы. В отделение интенсивной терапии ДРЦОМД за период с 2010 по 2021 гг. поступили 302 пациентки в возрасте 22-35 лет с ПЭ тяжелой степени и эклампсией (Э). Среди них беременных в сроке гестации 28-38 недель 291 (96,2%). У 18 (5,9%) беременных с тяжелой ПЭ преобладали симптомы поражения печени: ПЭ и Э (8), HELLP-синдром (2), внутриспеченочный холестаз беременных (4), острая жировая дистрофия печени (3), токсический гепатит (1).

Результаты. Рассматривали ПЭ и HELLP-синдром с позиций тромботической микроангиопатии (ТМА). Наблюдали клинические проявления ТМА: микроангиопатический гемолиз: (кумбс-негативная гемолитическая анемия с высоким уровнем лактатдегидрогеназы, шизоцитозом и низким уровнем гаптоглобина); тромбоцитопению потребления; ишемическое поражение органов (почек, ЦНС, сердца, легких и др.). Расценивали ТМА как особый тип поражения мелких сосудов, при котором развивается их тромбоз и воспаление сосудистой стенки. К первичной ТМА относили: тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру (ТТП) где в основе лежит дефицит фермента ADAMS 13; инфекционно опосредованный типичный гемолитикоуремический синдром (ГУС); атипичный ГУС – развивающийся на фоне нарушений работы регуляторных белков системы комплемента. К триггерам вторичной ТМА относили такие состояния, как: беременность и роды, аутоиммунные заболевания, злокачественные опухоли, инфекции, некоторые лекарства и другие факторы. Считаем, что диагноз атипичный ГУС в акушерстве – это диагноз исключения. Дифференциальная диагностика ТМА в акушерстве – сложная задача. Ее решение затрудняли: сходство клинико-лабораторных признаков и относительное значение сроков беременности. Однако она должна быть обязательной и быстрой из-за различных терапевтических подходов к разным формам ТМА, что определяет прогноз. Преэклампсия и HELLP-синдром – специфические ассоциированные формы ТМА. До родоразрешения исследовали лактатдегидрогеназу (ЛДГ), гаптоглобин в сыворотке крови и шизоциты в мазке периферической крови, а также определяли количество тромбоцитов и креатинин плазмы. Истинные тяжелая ПЭ и HELLP-синдром требуют родоразрешения с целью элиминации секретирующегося антиангиогенного фактора sFlt-1 плаценты. До и после родоразрешения применяли операции плазмафереза, предполагая удаление антител, блокирующих активность ADAMS 13, провоспалительных цитокинов, компонентов комплемента из системного кровотока, а также возмещение дефицита естественных антикоагулянтов.

Выводы. Преэклампсия и HELLP-синдром являются специфическими, ассоциированными с беременностью, формами ТМА. Всем пациенткам, госпитализированным с диагнозом ПЭ и/или HELLP-синдром, необходимо до родоразрешения исследовать лабораторные маркеры ТМА, а также определять уровень креатинина сыворотки. Акушерский атипичный ГУС – сложный диагноз, и для его постановки и выработки тактики лечения необходима содружественная работа акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, нефрологов, гематологов.

Долгополов А.М., Короткова С.Д., Хода С.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА В ВОЗРАСТЕ 12-15 ЛЕТ

Актуальность: Важной группой показателей стоматологического здоровья детей и подростков, помимо кариеса и заболеваний пародонта, являются зубочелюстные аномалии. Данная патология широко распространена среди детей всех возрастных групп, что диктует необходимость в увеличении ортодонтических мероприятий на этапе первичной профилактики стоматологических заболеваний.

Цель: Проанализировать частоту и структуру аномалий зубочелюстной системы у школьников Донецкого региона в возрастном аспекте – 12-15 лет и определить нуждаемость в ортодонтическом лечении.

Материалы и методы: В 2020-2022 годах было проведено обследование 100 детей в возрасте 12-15 лет, проживающих в Донецком регионе, обратившихся за помощью на кафедру стоматологии детского возраста ГОО ВПО «Донецкий национальный университет имени М. Горького» и ГБУ «Детская городская стоматологическая поликлиника г. Донецка». Среди данных пациентов 63 девочки и 37 мальчиков. Стоматологическое обследование проводилось согласно общепринятой схеме, для точной постановки симптоматического диагноза дополнительно были изучены модели пациентов с использованием индексов Тона, Пона, Коркхауза и Болтона. Учитывались следующие показатели: ранняя потеря молочных зубов, первичная адентия, скученность зубов во фронтальном участке верхней и нижней челюстей, наличие трем и диастем, отклонение от нормы в сагиттальной, вертикальной и трансверсальной плоскостях. Диагноз ставился на основании Международной классификации болезней МКБ-10. Результаты вносились в «Карту пациента».

Результаты исследования: Проведенное обследование показало, что распространенность ортодонтической патологии среди детей 12-15 лет в нашем регионе составляет порядка

82%, состояние «возрастная норма» было зарегистрировано лишь у 18 детей из 100 (18%). Основным этиологическим фактором формирования большей части аномалий послужила ранняя потеря молочных зубов и как следствие – укорочение зубного ряда, дефицит места для постоянных зубов и увеличение глубины рецезового перекрытия.

Наличие дистального прикуса было выявлено у 56 человек (56%), глубокая рецезовая окклюзия – у 39 человек (39%), из них: верхнечелюстное перекрытие – у 38 человек

(38%), нижнечелюстное перекрытие – у 1 человека (1%). Мезиальный прикус был диагностирован у 18 человек (18%), перекрестная окклюзия – у 3 человек (3%). Открытый прикус был зарегистрирован у 1 человека (1%). Частота встречаемости первичной адентии составила 3%, а тремы и диастемы выявлялись у 15%. Скученность во фронтальном участке верхней и нижней челюсти была обнаружена у 69 человек (69%). Различия между пациентами разного пола были несущественными. При обследовании мы учитывали лишь клинические и антропометрические методы диагностики пациентов, поэтому аномалии прикуса не дифференцировались на гнатические и зубоальвеолярные.

Выводы: Высокая частота распространенности ортодонтической патологии среди детей Донецкого региона в возрастной категории 12-15 лет диктует необходимость оптимизации диагностики в периоды молочного и раннего сменного прикуса, расширения возможности оказания ортодонтической помощи за счет регулярного проведения в школах профилактических осмотров врачами-ортодонтами, а также разработки программ профилактики для нашего региона.

Домашенко О.Н., Хоменко Д.Ю., Кишеня М.С., Куропятник В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПОЛИМОРФИЗМ TOLL-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19

COVID-19 – инфекционная болезнь, тяжесть которой зависит от ряда условий, в том числе генетических, среди которых особый интерес представляют гены рецепторов иммунной системы – толл-

подобные рецепторы (TLR), играющие важную роль в развитии реакций врожденного иммунитета. На сегодняшний день, точный патогенез COVID-19 и роль каждого компонента адаптивного и врожденного иммунитета не изучены в полном объеме. Установлено, что структура вируса SARS-CoV-2 включает помимо белково-липидной мембранной оболочки, нуклеокапсид, который распознается различными эндосомными TLR (TLR3, 7, 8 и 9), генетические полиморфизмы генов которых встречаются с разной частотой в различных человеческих популяциях и не только влияют на функциональную активность системы, но и определяют качество иммунного ответа.

Анализ литературы показал, что после обнаружения одноцепочечной РНК TLR7 активирует MyD88-зависимый путь, приводя в конечном итоге к экспрессии хемокинов и цитокинов, таких как IFN, TNF- α , IL-1, IL-6, IL-10, IL-12. Выработка IFN 1 типа необходима для противовирусного ответа, особенно на ранних стадиях инфекции. IFN связываются с рецептором интерферона-альфа/бета (IFNAR) в инфицированных клетках, запуская сигнальный путь JAK-STAT, приводящий к разрушению вирусной РНК. Однако, дисфункция TLR7, обусловленная мутациями в гене, приводит к гиперактивации данных рецепторов, в результате, наблюдается гиперсекреция провоспалительных цитокинов, непосредственно участвующих в развитии «цитокинового шторма», а также в развитии тяжелых осложнений COVID-19, в частности, ОРДС, дыхательной недостаточности. Эпидемиологические данные показывают, что SARS-CoV-2 более тяжело протекает у мужчин, чем у женщин. Это также может быть связано с генными мутациями, так как TLR7 расположен на X-хромосоме, а поскольку женщины являются носителями двух X-хромосом, следовательно, мутации в TLR7 чаще проявляются у мужчин. При этом ряд клинических исследований подтверждают, что дефицит TLR7 является генетическим медиатором тяжелого течения COVID-19, особенно у молодых парней.

Изучение роли TLR7 может расширить наши представления об иммунопатогенезе, возможных подходах к коррекции выявленных изменений, что является актуальной задачей в современной клинической медицине. Следует проводить дальнейшее исследование по изучению полиморфизма TLR, например, можно рекомендовать генетический скрининг на первичный иммунодефицит TLR7 пациентам, в частности молодым мужчинам, с тяжелой формой COVID-19 при отсутствии других соответствующих факторов риска.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РАЗНООБРАЗИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АКТУАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Цель: проанализировать структуру неврологических осложнений актуальных инфекционных заболеваний, протекающих с преобладающим поражением центральной нервной системы.

Материалы и методы. Проведен анализ 138 пациентов (81 женщина, 57 мужчин) с верифицированными диагнозами инфекционных заболеваний и поражением структур центральной и периферической нервной системы по данным КТ, МРТ, ЭНМГ, с преобладающей неврологической симптоматикой, исключая изолированные неврологические проявления в виде менингита. В исследование включены 43 пациента (31 женщина, 12 мужчин) с COVID-19 (подтвержден выявлением РНК SARS-CoV-2 в ПЦР и специфических IgM), 41 пациент (14 женщин и 27 мужчин) с ВИЧ-инфекцией (подтвержден методом ИФА), 18 больных с листериозом (IgM/IgG к *Listeria monocytogenes* в РНИФ, ПЦР в ликворе или крови), 12 больных иксодовым клещевым боррелиозом (IgM/IgG в РНИФ, ИФА, Вестернблот), 24 пациента с герпес-вирусными инфекциями (ВПГ-1, ВПГ-2, ЭБВ, ЦМВ).

Результаты. Герпетические поражения ЦНС представлены менингоэнцефалитами (16, 67%) и энцефалита с невритами V (1, 4%), VII (5, 21%), VIII (2, 8%) черепно-мозговых нервов. Этиологическая структура герпетических поражений выглядит следующим образом: - ВПГ-1 (11, 46%), ВПГ-2 (5, 21%), ЭБВ (5, 21%), ЦМВ (3, 12%). Среди пациентов с COVID-19 поражения ЦНС и ПНС, включая острую токсико-гипоксическую и смешанную энцефалопатию – токсико-гипоксическую, гипертони-

ческую, диабетическую, печеночную, почечную (24, 57%), энцефалит (1 – 2%), ишемический инсульт (1, 2%), синдром Гийена-Барре (3, 7%), полинейропатия критических состояний (5, 12%), острая энцефаломиелонейропатия (1, 2%) мононеврит локтевого нерва (1, 2%), вегетативные нарушения (4, 9%), психосоматические нарушения (3, 7%). Среди пациентов с ВИЧ-инфекцией распределение выглядит следующим образом: туберкулез легких в сочетании с токсоплазмозным энцефалитом – (16, 39%), токсоплазмозный энцефалит (8, 20%), туберкулез легких в сочетании с множественными очагами головного мозга неуточненной этиологии (5, 12%), серозные менингоэнцефалиты неуточненной этиологии (3, 7%), прогрессирующая многофокусная лейкоэнцефалопатия (3, 7%), ВИЧ-энцефалопатия с рефлекторной пирамидной недостаточностью, судорожным синдромом, цефалгиями, вестибулопатиями (3, 7%), ВИЧ-энцефалопатия на фоне перенесенного герпетического энцефалита (1, 2%), энцефаломенингополинейропатия (1, 2%), гнойные менингоэнцефалиты неуточненной этиологии (1, 2%). У пациентов с листериозом структура нейроформ такова: острый гнойный менингоэнцефалит (4, 22%), острая энцефалитическая форма (2, 11%), энцефалопалинейропатия развившаяся в одном случае по типу Ландри, у одного больного – с тетрапарезом по моторному типу, и у одного пациента – с нижней параплегией (3, 17%), хронический нейрوليистериоз с упорными цефалгиями, полинейропатией с парестезиями, глазодвигательными нарушениями, вестибулоатактическим синдромом (9, 50%). Среди пациентов с болезнью Лайма развивались следующие формы: энцефаломиелит (3, 25%), радикулонейропатия (2, 17%) хроническая энцефалопатия в сочетании с невритом VIII нерва (1, 8%), возникшем в остром периоде ИКБ, прогрессирующая энцефалопатия (2, 17%) вялый парапарез (2, 17%), менингоэнцефалит с невритом VII нерва и хроническим рецидивирующим поражением кожи в виде вторичных эритем (1, 8%), менингоэнцефалит с невритом VIII в сочетании с симпатoadренальными пароксизмами (1, 8%).

Домашенко О.Н., Куропятник В.В., Кишеня М.С., Хоменко Д.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО РЕЦЕПТОРА

Глюкокортикоиды (ГК) представляют собой важный класс стероидных гормонов, обладающих противовоспалительным, иммуносупрессорным и противоаллергическим действием. Синтетические ГК широко используются при лечении неинфекционных и инфекционных заболеваний. Однако клиническое применение данных препаратов ограничивается гиперчувствительностью, лекарственной устойчивостью, множественными и потенциально серьезными побочными эффектами, особенно при высоких дозах и длительном применении.

ГК опосредуют свои эффекты посредством активации глюкокортикоидного рецептора (ГР). Больше скопление глюкокортикоидных рецепторов имеется на эпителиальных клетках дыхательных путей и эндотелиальных клетках бронхиальных сосудов. Ген NR3C1 кодирующий глюкокортикоидный рецептор расположен на хромосоме 5q31 и содержит 9 экзонов, состоящих из 777 аминокислот. Существуют две изоформы NR3C1: ГР-альфа (активная) и ГР-бета (не обладающая способностью связываться с гормонами), обладающих молекулярной массой 94 и 90 kDa соответственно. Имеются сведения, связывающие изменения в гене NR3C1 с нарушениями функции сердечно-сосудистой системы, метаболическими расстройствами, злокачественными изменениями крови при острой лимфолейкозе, миеломе. Регистрируемые изменения могут быть связаны с различными генетическими вариантами гена – мутациями и полиморфизмами. Для гена NR3C1 известно около двух десятков полиморфизмов, из них подавляющее число имеют частоту редкого аллеля – менее 7%. Наиболее хорошо изучен ВcII генетический маркер этого гена.

Взаимосвязь тяжести течения COVID-19 с определенными аллельными вариантами гена NR3C1, ответственных за иммунный ответ, имеет очень важное значение, так как может использоваться для выявления популяции с предрасположенностью к более тяжелому течению данного заболевания. В литературе встречаются ограниченные данные о полиморфизме гена ГР, которое сопровождалось бы развитием тяжелых форм SARS-CoV-2. ГК обладают противовоспалительной активностью, они

уменьшают цитокиновый шторм и чрезмерное воспаление. При анализе связи между глюкокортикоидной и нейтрофильной опосредованной тяжестью COVID-19 установлено, что во всех клетках наблюдалась средняя экспрессия гена ГР NR3C1. В группе с легким заболеванием экспрессия NR3C1 была повышена по сравнению со здоровыми людьми, но снижена по сравнению с группой с тяжелым течением COVID-19. Экспрессия NR3C1 отрицательно коррелировала с процентным содержанием нейтрофилов. В миелоидных клетках экспрессия NR3C1 повышена в группе с легким заболеванием и снижена в группе с тяжелым заболеванием. Активность и экспрессия ГР отрицательно коррелировали с нейтрофильными опосредованными тяжелыми воспалительными явлениями, вызванными COVID-19.

Таким образом, важно оценить в комплексе роль генетических предикторов тяжести течения коронавирусной инфекции COVID-19, осложнений, которые могут стать вектором дальнейшего поиска и разработки стратегии предупреждения инфекции, а также оптимизации фармакотерапии этого заболевания.

Домашенко О.Н., Слюсарь Е.А., Гончарук Е.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГБУ ЦГКБ № 1 г. Донецк

COVID-19 И ТУБЕРКУЛЕЗ

Туберкулез является социально значимым инфекционным заболеванием. Нет единого мнения о тяжести течения COVID-19 у больных туберкулезом. Большинство исследователей склоняются к мнению об отягощающем влиянии туберкулеза на течение COVID-19 и на уровень летальности. Отдельные авторы допускают, что отягощающее влияние туберкулезной инфекции на COVID-19 возможно только при тяжелых формах туберкулеза (генерализованный или диссеминированный туберкулез органов дыхания) при одновременном тяжелом течении COVID-19 (КТ-3 и КТ-4). Одновременно с этим имеется мнение, свидетельствующее о том, что туберкулез не влияет на тяжесть течения COVID-19, является лишь фактором, повышающим риск заболевания COVID-19. В условиях инфекционного (ковидного) стационара под наблюдением находилось 12 больных с диагностированным туберкулезом легких, направленных на госпитализацию с диагнозом COVID-19, осложненном пневмонией. Возраст пациентов 27-79 лет (медиана 43 года): мужчин – 8, женщин – 4. Диагноз COVID-19 установлен у 7 больных: у 4-х – подтвержден лабораторно (экспресс-тест, выявление РНК вируса в назофарингеальном секрете методом ПЦР), у 3-х вирус не идентифицирован, однако клинические, эпидемиологические, СКТ данные позволили диагностировать COVID-19 с пневмонией. В группе больных с COVID-19/туберкулез у 3-х пациентов коморбидными заболеваниями была ВИЧ-инфекция, 4В клиническая стадия без АРВТ, в 1 случае – впервые выявленный хронический вирусный гепатит С, ИБС (3), ГБ (4). У 4-х больных заболевание протекало тяжело с ДН 2-3 ст, при этом 1 пациент был госпитализирован в отделение интенсивной терапии. У 3 больных наблюдалось среднетяжелое течение болезни. В 3-х случаях выявлен диссеминированный туберкулез легких с гидротораксом (2), у 4 – инфильтративный туберкулез преимущественно верхней доли легкого с деструкцией. У 5 пациентов наблюдалось увеличение внутригрудных лимфоузлов. У 2 больных с диссеминированным туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции был положительный анализ на КУБ (+++). В указанной группе больных диагноз туберкулеза устанавливался поэтапно в ходе наблюдения (длительный субфебрилитет, некупирующийся кашель, нейтрофилез, ускоренная СОЭ, результаты повторного СКТ легких). После повторной консультации фтизиатра, в среднем через 34 дня, пациенты были переведены в специализированное учреждение. У 5 больных COVID-19 исключен клинически, СКТ/рентгенологически и лабораторно. На догоспитальном этапе в данной группе верифицированы двухстороннее инфильтративное поражение нижних долей легких с деструкцией (2), абсцедирующая пневмония верхней доли слева (3). 1 больной доставлен БСМП с клиникой ВИЧ-инфекции 4В стадия (тяжелая анемия, кандидоз ротоглотки, дефицит массы тела), ДН 3 ст. (SpO₂ 80%) и был госпитализирован в отделение интенсивной терапии по жизненным показаниям. Таким образом, коморбидность COVID-

19 и туберкулеза является важной клинической проблемой. Тяжесть течения сочетанной патологии в нашем наблюдении определялась длительностью заболевания, обширностью воспалительного процесса, выраженностью ДН, сопутствующими заболеваниями. Позиция инфекциониста сводится к ранней диагностике и качественному лечению COVID-19, осложненному пневмонией, которая имеет изученные и описанные рентгенологические/СКТ критерии. При формировании затяжного течения легочного процесса, в т.ч. абсцедировании, деструкции, медиастинальном лимфадените, сохраняющейся лихорадке, несмотря на отрицательные результаты анализа мокроты на КУБ, исходя из профилактических целей фтизиатры должны активнее, в более ранние сроки вмешиваться в лечение больных в условиях специализированного учреждения.

Домашенко О.Н., Хоменко Д.Ю., Гридасов В.А., Куропятник В.В., Слюсарь Е.А., Гончарук Е.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГБУ ЦГКБ № 1, г. Донецк

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОЙ РЕТРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Выявление ВИЧ-инфекции на ранних стадиях является важным противоэпидемическим мероприятием, так как более 30% новых случаев заражения происходят от контакта с пациентами в этом периоде заболевания. Первичная ВИЧ-инфекция может протекать бессимптомно или вызывать транзиторные неспецифические симптомы – острый ретровирусный синдром (ОРС). Типичные для ОРС признаки: лихорадка – у 88%, усталость – у 60%, фарингит – у 51%, сыпь – у 47%, лимфаденопатия – у 45%, головная боль – у 37%, диарея – у 35, миалгия – у 28%, неврологические симптомы – у 11% больных. У 30% пациентов наблюдаются атипичные клинические проявления, которые включают нарушения со стороны нервной системы и оппортунистические инфекции: ретроорбитальная головная боль (37%), в 2% зарегистрирован тяжелый энцефалит, в 3% – парезы лицевого и плечевого нервов, в 3% – острые психические расстройства, в 1% – развитие менингита, обусловленного ВПГ-1. Редким проявлением ОРС могут быть нарушения со стороны периферической нервной системы – синдром Гийена-Барре, двусторонний неврит зрительного нерва. Скрининговый метод ИФА для обнаружения антител к ВИЧ был положительный у 82% больных, у остальных (18%) диагноз был подтвержден методом ПЦР. Под наблюдением находился больной 40 лет, у которого заболевание началось с появления незудящей пятнисто-папулезной сыпи на туловище, стопах. На фоне приема цетрина сыпь регрессировала. С 5-го дня болезни повысилась температура до фебрильных цифр, присоединились тошнота, рвота, диарея. С 10-го дня состояние ухудшилось: выражена интоксикация, температура 38,3°C, оглушен. Поверхностные лимфоузлы 1,0-0,6 см. Слизистая зева умеренно гиперемирована, налетов нет. ЧДД 18/мин., SpO₂ 97%, АД 110/70 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Диффузно расширены размеры печени. Селезенка не пальпируется. Кишечник не спазмирован. Стул, диурез не нарушены. Симптомы поражения нервной системы при поступлении не выявлены. PanBio-Test на COVID-19 положительный. СКТ ОГК – инфильтративные очаги отсутствуют. Продолжал субфебрильно лихорадить, периодически температура достигала 39-39,5 °С. Появились слабо выраженные диссоциированные менингеальные знаки, глазодвигательные нарушения. Отмечено кратковременное одностороннее увеличение углочелюстных лимфоузлов до 6*4 см, другие группы лимфоузлов стали более четко контурироваться, плотно-эластичные, до 1,0-1,5 см. Анализ СМЖ: цитоз 288 в 1мкл, лимфоциты – 75%, белок – 2441 мг/л. В анализе крови: нормоцитоз, транзиторная тромбоцитопения (113-127 г/л), лимфоцитоз (73%). Единичные плазматические клетки (1-2%). Бактериологическое исследование различного материала от больного, серологические реакции на бактериозы (иерсиниоз, листериоз, туберкулез), вирусные инфекции были отрицательные. Экспресс-тест на ВИЧ – отрицательный, ИФА дважды – сомнительный. Выявлена РНК ВИЧ в крови. Таким образом, больной переносил острую ретровирусную инфекцию с лихорадкой, лимфаденопатией, преимущественно поражением ЦНС (серозный менингоэнцефалит), кожи, гематологическими отклонениями. Все указанные синдромы типичны для раннего периода ВИЧ-инфекции.

Учитывая, что в период острого ретровирусного синдрома происходит быстрая репликация вируса и инфицирование клеток CD4, приводящее к повышению уровня вирусной РНК в плазме, а также тот факт, что ИФА часто бывает отрицательным, необходимо внедрять новые подходы в диагностике ВИЧ у пациентов с неспецифическими пролонгирующими симптомами инфекции (ПЦР РНК ВИЧ).

Донченко Л.В., Ластков Д.О., Лукьяненко М.В., Чеботарёва Е.Н., Донченко Е.В., Огнева О.А.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный аграрный университет имени И.Т. Трубилина», г. Краснодар
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОФИЛАКТИКА ИНТОКСИКАЦИЙ ПЕКТИНСОДЕРЖАЩИМИ ПРОДУКТАМИ

Актуальной задачей в условиях повсеместного ухудшения экологической ситуации во многих регионах мира является минимизация негативного воздействия на организм человека экотоксикантов, продуктов обмена веществ и ксенобиотиков. Решить её можно, в частности, путём организации рационального питания. Профилактическое питание ориентировано на устранение повышения степени загрязнения ксенобиотиками.

Наиболее опасными загрязнителями почв промышленных городов России являются тяжёлые металлы (ТМ). Поскольку основным отрицательным фактором воздействия на организм современного человека является повышение степени загрязнения ТМ окружающей среды и пищевой продукции, нами был осуществлён анализ взаимосвязей между специфичностью эффектов ТМ, риском развития различных нозологий с учётом основных источников поступления ТМ в почву и комплексобразующей способностью пектина. Очевидно, что, как и любой вредный фактор окружающей среды, ТМ оказывают специфическое (на органы-«мишени») и неспецифическое (снижение иммунобиологической резистентности организма) действие.

Наивысшие уровни распространённости, заболеваемости и смертности отмечаются в районах боевых действий, в частности в ДНР, причём последствия стрессиндуцированных состояний, как правило, оказывают отягощающее влияние на неблагоприятное действие ТМ. В отношении токсичных ТМ, имеющих специфичные системы-«мишени», сильные достоверные ($p < 0,01-0,05$) корреляционные связи с уровнями показателей здоровья населения подтвердили ранее выявленные закономерности: между концентрацией свинца и кадмия и заболеваемостью инфарктом миокарда все три периода (соответственно максимальные $r = 0,766$ и $r = 0,795$), между содержанием тех же ТМ и смертностью от инфаркта миокарда оба военных периода ($r = 0,882$ и $r = 0,790$); между содержанием бария и заболеваемостью взрослого и детского населения инфекционными болезнями ($r = 0,683$), заболеваемостью органов пищеварения у подростков и др.

Для профилактики интоксикаций ТМ предпочтительно применять фитоадаптогены и иммуномодуляторы. Для усиления адаптогенного эффекта актуальным является внесение в состав продуктов питания соединений, имеющих пролонгирующие свойства, например, пектинов. Пектины обладают рядом и других физиологически важных свойств: являются эффективными детоксикантами по отношению к ТМ.

Специалистами НИИ Биотехнологии и сертификации пищевой продукции ФГБОУ ВО КубГАУ создана новая технология, позволяющая получать пектины пищевого и фармацевтического назначения, пектиносодержащие порошки, пищевые продукты и корма, а также впервые в мире выпускать жидкий пектин. Разработанные и запатентованные нами пектиносодержащие напитки и продукты питания могут быть рекомендованы для лечебно-профилактического питания, в частности для производства специализированной молочной продукции. Результаты исследований показали хорошую динамику сквашивания и высокое количество молочнокислых микроорганизмов и бифидобактерий во всех образцах в течение 10 суток хранения. Лучшие результаты по количеству бифидобактерий показали образцы с добавлением жидкого пектина в дозировке 2%, чуть ниже показатели с добавлением порошкообразных пектинов в той же дозировке. Содержание бифидобактерий составляет в пределах $2,5 \times 10^9 - 5,0 \times 10^{10}$ КОЕ/г, подтверждены бифидогенные свойства разработанных напитков. Функцио-

нальная направленность напитков охарактеризована их комплексообразующей способностью, обеспечивающей связывание токсичных элементов, на примере раствора свинца – 10-18 мг Pb²⁺/10 мл. Полученные экспериментальные данные позволили разработать новые виды и технологию производства молочных пектиносодержащих продуктов на основе сгущенного молока, пахты и молочной сыворотки.

Доровских Г.Н.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Омск

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Переломы костей таза составляют 4 – 7% всех переломов скелета, диагностируются до 70,5% случаев сочетанных повреждений (политравмы), а в 15 – 30,7% сочетаются с повреждениями органов брюшной полости и малого таза. Переломы костей таза часто осложняются развитием травматического шока и сопровождаются значительной кровопотерей, что позволяет отнести их к потенциально смертельным повреждениям. По данным ЦИТО им. Н.Н. Приорова, при сочетанном повреждении наиболее часто повреждаются органы мочевыделительной системы – 45%, причем в половине случаев они характеризуются нарушением анатомической целостности органов – разрывом почек (в 8,3%), мочевого пузыря (в 25%), уретры (4,2% всех повреждений органов мочевыделительной системы).

Целью исследования являлось улучшение качества диагностики и оказания госпитальной медицинской помощи пострадавшим с повреждениями костей таза.

В основе работы лежит опыт диагностики 527 пострадавших, с повреждениями таза, поступивших в БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1» г. Омска за период с 2020 по 2022г. Диагностический алгоритм комплекса инструментальных исследований в остром периоде травмы таза выполняли в следующей последовательности: 275 (52%) пациентам была выполнена обзорная рентгенограмма костей таза в переднезадней проекции; 368 (70%) – УЗИ малого таза для исключения повреждения внутренних органов и забрюшинной гематомы; 378 (71,7%) – МСКТ. Рентгенография костей таза выполнялась с помощью цифровых рентгенодиагностических аппаратов, МСКТ проводили на томографах Light Speed-16 (General Electric), Brilliance CT-64 (Philips). Кабинет МСКТ работает в круглосуточном режиме, оснащен аппаратом ИВЛ. Пациенты обследовались в любое время суток, без предварительной подготовки.

До 38% переломов костей таза, выявленных при МСКТ, не диагностировались на рентгенограммах, в 29% случаев переломов крестца на рентгенограммах не было выявлено расхождение крестцово-подвздошного сочленения. 59% переломов краев вертлужной впадины и 43% вертикальных переломов тела крестца оставались незамеченными на рентгенограммах. Тяжелые переломы костей таза сопровождались повреждением почек, уретры и мочевого пузыря 12%, реже – прямой кишки и влагалища – 1,3%. У пациентов с нестабильными переломами таза в 25% случаев отмечались повреждения нижних мочевыводящих путей и только в 6% случаев выявляли их при стабильных переломах. Травма мочевого пузыря наблюдалась у 7% пациентов, травма уретры наблюдалась в 2,5% случаев, в 9 случаях сочеталась с переломами ветвей лобковой кости или крестцово-подвздошного сочленения.

Таким образом, повреждения костей таза и внутренних органов малого таза чаще встречаются при множественной травме. Обзорная рентгенограмма костей таза и УЗИ играют важную роль для выявления переломов и массивного гемоперитонеума, но основным методом диагностики у пациентов с политравмой является МСКТ.

К преимуществам МСКТ относятся: высокая чувствительность и специфичность в оценке повреждений, возможность выявления активного кровотечения (при проведении МСКТ-ангиографии), диагностики сочетанных травм позвоночника и органов малого таза, а также небольшого количества свободного газа или жидкости в брюшной полости. МСКТ может быть первым и основным способом лучевой диагностики пострадавших с травмой таза, для планирования оперативного вмешательства и послеоперационного контроля, выявления ранних и поздних посттравматических осложнений.

МСКТ-ангиография в остром периоде травмы должна быть включена в алгоритм ведения пациента с нестабильной гемодинамикой, с вертикальными и ротационно-нестабильными повреждениями тазового кольца, наличием клинических признаков повреждений внутритазовых органов.

Доценко А.К., Джерин Д.В., Ващенко А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СУДОРОЖНЫЙ ЭПИСИНДРОМ ПРИ МЕНИНГИОМАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Цель. Изучить встречаемость судорожного эписиндрома (далее – Эписиндром) в клинической картине менингиом головного мозга (далее – Менингиомы).

Материалы и методы. Работа выполнена на основании анализа историй болезни пациентов нейрохирургического отделения № 2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО) за 2020 год. Все полученные результаты статистически обработаны с использованием лицензионных пакетов прикладной статистики «StatisticaforWindows» производства фирмы StatSoftInc (Реброва О.Ю., 2004). Статистическая значимость на уровне $p < 0,05$.

Результаты. В 2020 г. был госпитализирован 581 пациент, из них онкобольных 125 (21,5%). Из всех онкобольных было зарегистрировано 34 пациента с Менингиомами (27,2%). У пациентов с Менингиомами общемозговая симптоматика была представлена головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой, генерализованными судорожными эпилептическими приступами, а очаговая неврологическая симптоматика – лобной психикой, афазией, центральными парезами, гемипарестезиями, фокальными судорожными эпилептическими приступами. Среди всех пациентов с Менингиомой судорожные эпилептические приступы (генерализованные и фокальные) наблюдались в 10 из 34 случаев (29,4%) – у 8 женщин (80%) и 2 мужчин (20%), в зависимости от возраста: у пациента 39-ти лет, у 3-х пациентов в возрасте от 50 до 60 лет, у 5-ти пациентов возрастом от 60 до 70 лет и у одного пациента 74-х лет.

Поквартальный удельный вес Менингиом с Эписиндромом относительно всех Менингиом: первый квартал года – 50% (наибольшее значение – в феврале – 67%), второй – 0%, третий – 20%, четвёртый – 28,6%.

Генерализованные судорожные эпилептические приступы наблюдались у 6 пациентов (60%) с Менингиомами, при этом опухоли локализовались в: правой лобной области головного мозга – 2 наблюдения, правой затылочно-теменной, правой теменной, правой лобно-височной и левой лобной – по 1 случаю. Фокальные судорожные эпилептические приступы отмечались у 4 пациентов (40%) с Менингиомами, в 3-х наблюдениях судороги локализовались в левой нижней конечности (опухоль располагалась в правой лобно-теменной области – 1, правой теменно-затылочной – 2), в одном – в правой нижней конечности (опухоль располагалась в левой лобно-теменной области). Генерализованные судорожные приступы сопровождались центральными парезами в 3 случаях из 6 (50%) (прозопарезом – 1, гемипарезом – 2). Очаговые судорожные приступы сопровождались центральным гемипарезом в 4 случаях (100%). У пациентов с Менингиомой без Эписиндрома наблюдались центральные парезы в 9 случаях из 24 (37,5%) (прозопарез – 2, гемипарез – 7).

Выводы. Эписиндром при Менингиомах встречался чаще чем у каждого четвёртого пациента. Сопровождающиеся Эписиндромом Менингиомы преимущественно выявлялись у женщин возрастом от 60 до 70 лет. Наибольший удельный вес осложнённых Эписиндромом Менингиом относительно всех Менингиом пришёлся на первый квартал года, за счёт февраля. У пациентов с сопровождавшимися Эписиндромом Менингиомами чаще наблюдались генерализованные судорожные эпилептические приступы, при этом новообразования локализовались преимущественно в области правой гемисферы головного мозга – в лобной и теменной областях, такая же локализация была характерна для Менингиом с очаговыми судорожными приступами. Все фокальные судорожные эпилептические приступы наблюдались только у пациентов, у которых в патологический процесс была вовлечена теменная доля. У пациентов с Менингиомой статистически значимой связи между наличием пареза и судорожным эпилептическим приступом в анамнезе не выявлено, что может быть обусловлено небольшим количеством наблюдений.

Дубовая А.В., Лимаренко М.П., Бордюгова Е.В., Тонких Н.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ «ПЕДИАТРИЯ» И «ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ»

В настоящее время в связи с интеграцией высшего медицинского образования Донецкой Народной Республики в образовательное пространство Российской Федерации и внедрением новых Государственных образовательных стандартов, в том числе на последипломном уровне, широко внедряется компетентностный подход. Целью компетентностного подхода является формирование эффективно-го компетентного специалиста высокого профессионального уровня. Программа обучения в ординатуре включает формирование у выпускника 3 универсальных и 12 профессиональных компетенций в профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной деятельности и др. Компетенция (от лат. *competere* – соответствовать, подходить) – способность применять знания, умения, успешно действовать на основе практического опыта при решении задач общего рода, а также в определенной широкой области. Под универсальными компетенциями понимается способность успешно действовать на основе практического опыта, умений и знаний при решении задач, общих для многих видов деятельности. Профессиональные компетенции предполагают способность успешно действовать на основе умений, знаний и практического опыта при решении задач профессиональной деятельности. Компетентностный подход в обучении не отрицает академический, а углубляет, расширяет и дополняет его. Этому в большей степени способствуют дистанционные образовательные технологии, в частности информационно-образовательная среда ГОО ВПО «Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького».

Преподавателями кафедры педиатрии № 3 на сайте ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО «Дистанционное сопровождение последипломного образования» созданы курсы самостоятельного обучения для ординаторов – педиатров и ординаторов – детских кардиологов. Данные курсы включают изучение базовых дисциплин: педиатрии либо детской кардиологии, педагогики, общественного здоровья и здравоохранения, медицины чрезвычайных ситуаций и др. Также представлены вариативные дисциплины и дисциплины по выбору: функциональная диагностика в педиатрии или в детской кардиологии, детские инфекционные болезни, фтизиатрия и др. Курс для ординаторов содержит информационный блок с предоставлением рабочих программ дисциплин, учебного плана и графика, календарно-тематических планов лекций, семинаров и практических занятий, списка рекомендуемой литературы, телефонов и электронных адресов преподавателей для осуществления обратной связи с обучающимися, чат и др. Кроме того, каждый курс включает лекции и материалы для подготовки к практическим занятиям. Последние содержат методические указания, ссылки в Интернете на базовый учебник и дополнительную литературу. Для отработки практических навыков, владением профессиональными компетенциями на курсе представлены видеофильмы, снятые преподавателями. После ознакомления с данной информацией ординатору необходимо проработать интерактивный блок к занятию. Данный блок включает информационные страницы и тестовые задания, на которые необходимо ответить, чтобы продолжить обучение. В случае неправильного ответа врач возвращается на соответствующую страницу интерактивного занятия для повторного изучения теоретического материала. В конце каждого занятия ординатору предлагается пройти тестовый контроль.

Таким образом, применение информационно-образовательной среды стимулирует самостоятельную целенаправленную работу ординатора по формированию знаний и в дальнейшем освоению всех компетенций, необходимых для успешной профессиональной деятельности. Эффективность данного вида обучения зависит от методологически грамотно структурированного преподавателем процесса и информационно-коммуникационных возможностей высшего учебного заведения.

Дубовая А.В., Марченко Е.Н., Бордюгова Е.В., Баешко Г.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА

Железодефицитная анемия (ЖДА) является самым распространенным дефицитным состоянием и наиболее частой формой анемии у детей подросткового возраста.

Цель исследования: анализ причин и особенностей течения железодефицитной анемии у детей подросткового возраста Донецкого региона за период 2010-2020 гг.

Материалы и методы: ретроспективный анализ медицинской документации 42 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет, 10 (21,1%) мальчиков и 32 (78,9%) девочек, находившихся на стационарном лечении в отделении онкогематологии для детей Института неотложной и восстановительной хирургии (ИНВХ) им. В.К. Гусака в 2010-2020 гг. по поводу ЖДА средней и тяжелой степени. Длительность анемии составляла от 3 мес. до 4 лет.

Результаты и обсуждение. При госпитализации в стационар состояние 23 (54,7%) подростков оценивалось как тяжелое, обусловленное выраженным анемическим синдромом, у остальных (45,3% пациентов) – средней тяжести. Больные предъявляли жалобы на общую слабость, вялость, сонливость – 27 (64,3%) чел., снижение аппетита – 11 (26,2%) чел., бледность кожных покровов и слизистых оболочек – 19 (45,2%) чел. Головокружение беспокоило 17 (40,5%) подростков, у 9 (21,4%) чел. отмечались обморочные состояния. Одышку при физической нагрузке и жалобы на сердцебиение испытывали 7 (16,7%) пациентов. Извращение вкуса и запаха (*pica chlorotica*) имели 5 (11,9%) больных. Периодически испытывали боль в животе 12 (28,6%) пациентов. У 7 (16,7%) чел. присутствовали жалобы на выпадение волос, при этом у 3 (7,1%) пациентов была констатирована очаговая алопеция. У 3 (7,1%) пациентов с дефицитом железа длительно регистрировали субфебрилитет.

В клиническом анализе крови у всех обследуемых выявлена микроцитарная, гипохромная анемия: у 21 подростка средней степени тяжести (уровень гемоглобина составил 72-90 г/л), у 21 пациента определялась анемия тяжелой степени (уровень гемоглобина 40-68 г/л).

При биохимическом исследовании крови дефицит железа имел место у всех больных и составил от 1,7 до 8,0 мкмоль/л (норма – 9,0-21,5 мкмоль/л); уровень ферритина находился в пределах от 9,7 до 1,41 нг/мл (норма – 28,0-365,0 нг/мл).

У 4 (9,5%) пациентов дефицит железа сопровождался дефицитом фолиевой кислоты. У 1 (2,4%) больного присутствовал недостаток витамина В12 в сочетании с ферродефицитом.

Для уточнения причин ЖДА в план обследования пациентов была включена фиброгастроуденоскопия (ФГДС). При инструментальном обследовании у всех подростков обнаружено поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Гастроуденопатия с повышенной секреторной функцией выявлена у 25 (59,5%) чел., с пониженной секреторной функцией – у 4 (9,5%) чел., хронический гиперацидный гастрит – у 6 (14,3%) чел., хронический гипоацидный гастрит – у 4 (9,5%) чел., эритематозная гастропатия – у 13 (30,9%) пациентов. У 2 (4,8%) больных выявлена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения. У 24 (57,1%) пациентов воспалительные заболевания ЖКТ ассоциировались с *Helicobacter pylori*, у 18 (42,8%) чел. тест был отрицательным. Обращает внимание, что только 7 (16,7%) чел. состояли на диспансерном учете у гастроэнтеролога. Остальные подростки не обследованы, к врачу не обращались.

Все пациенты получали препараты железа, по показаниям витамины, препараты для лечения гастроэнтерологических заболеваний после заключения специалиста. У всех больных достигнута положительная динамика.

Выводы. Железодефицитная анемия у госпитализированных подростков носит вторичный характер и связана с поражением верхних отделов ЖКТ. Доминирующая причина ЖДА – повышенная потеря железа в результате микрокровоотечений с поврежденной слизистой и нарушение всасывания железа в ЖКТ.

Дубовая А.В., Науменко Ю.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СПОСОБ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Исследование качества жизни (КЖ) в педиатрии и детской кардиологии открывает принципиально новые возможности как для научных исследований, так и для клинической практики (М. Cohen, 2017). В последние годы большое внимание уделяется оценке качества жизни детей с различной патологией, при этом исследования, посвященные изучению КЖ у детей с артериальной гипертензией (АГ), единичны (Д.И. Садыкова, 2015).

Цель исследования: оценить качество жизни у детей с первичной артериальной гипертензией согласно собственной апробированной методике.

Материал и методы исследования: В исследование было включено 225 пациентов с АГ в возрасте от 12 до 17 лет. Основную группу составили 68 пациентов с первичной АГ, которые были подразделены на группу воздействия (43 пациента: 33 мальчика и 10 девочек) (дополнительно получали колекальциферол) и группу сравнения (25 больных: 20 мальчиков и 5 девочек). Контрольную группу составили 42 здоровых сверстника. Всем детям основной и контрольной групп произведено определение уровня кальцидиола (25(ОН)D) в сыворотке крови. Комплексную оценку КЖ детей с первичной лабильной АГ проводили по собственной методике – «Способ комплексной оценки качества жизни детей с эссенциальной лабильной артериальной гипертензией». В случае, когда значение данного показателя находилось в пределах 100-70%, КЖ ребенка с первичной лабильной АГ оценивали как «не сниженное» (удовлетворительное), 69-31% – как «умеренно сниженное», 30% и менее – «значительно сниженное».

Результаты исследования: При оценке КЖ детей с первичной лабильной АГ установлено, что у $27,9 \pm 5,4\%$ пациентов показатель КЖ находился в пределах 70-88% (удовлетворительное КЖ), у $45,6 \pm 6,0\%$ детей показатель КЖ составил 31-66% (умеренно сниженное КЖ) и у $26,5 \pm 5,4\%$ пациентов показатель КЖ находился в пределах 25-30% (значительно сниженное КЖ). Ведущими причинами снижения КЖ явились церебральные жалобы, патологические изменения психоэмоционального статуса, диссомния, вегетативная дисфункция. При проведении оценки содержания кальцидиола в сыворотке крови выявлены статистически значимые различия у детей основной и контрольной групп: недостаточность 25(ОН)D ($32,4 \pm 5,7\%$ и $11,9 \pm 5,0\%$, $p < 0,05$), дефицит 25(ОН)D ($38,2 \pm 5,9\%$ и $7,1 \pm 4,0\%$,

$p < 0,001$), выраженный дефицит 25(ОН)D ($10,3 \pm 3,7\%$ и $2,4 \pm 2,4\%$, $p < 0,05$). Результаты проведенных нами исследований послужили обоснованием для включения колекальциферола в комплекс лечения детей с первичной АГ. Препарат назначали по 1500 МЕ/сутки в течение 3-х месяцев с последующим определением 25(ОН)D в сыворотке крови. Оценка эффективности проведенной терапии у детей с первичной АГ показала, что улучшение КЖ наблюдалось у $60,5 \pm 7,5\%$ детей группы воздействия, что было статистически значимо чаще ($p < 0,05$), чем в группе сравнения ($32,0 \pm 9,3\%$ детей). В связи с сохраняющейся недостаточностью и дефицитом 25(ОН)D в сыворотке крови, повышенным АД, дозу колекальциферола увеличили до 2000 МЕ/сутки с продолжением приема препарата еще в течение 3-х месяцев. К концу указанного периода удовлетворительное КЖ констатировано у всех детей основной группы.

Выводы. Проведенное клиническое исследование свидетельствует о том, что при обследовании детей с первичной АГ важно учитывать параметры психоэмоционального и вегетативного статуса с последующей оценкой КЖ на основании разработанной нами комплексной методики «Качество жизни детей с эссенциальной лабильной АГ». Дополнительное назначение колекальциферола позволило улучшить КЖ у $95,3 \pm 3,2\%$ детей, нормализовать артериальное давление и уровень кальцидиола в сыворотке крови у 100,0% пациентов.

Дубовая А.В., Самохвалова И.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

«СПОРТИВНОЕ СЕРДЦЕ» У ПОДРОСТКА

Цель работы – продемонстрировать клинический случай «спортивного сердца» у мальчика.

Материалы и методы. Медицинская документация ребенка Владислава Е., 14 лет, находившегося в отделении детской кардиохирургии и реабилитации ИНВХ им. В.К.Гусака с диагнозом: вегетативная дисфункция синусового узла; малые структурные аномалии развития сердца (открытое овальное окно, аберрантная хорда в полости левого желудочка); вертебробазиллярная недостаточность артериальной системы на фоне деформирующего спондилоартроза шейного отдела позвоночника, седловидной гиперплазии С1; «спортивное сердце». Сбор жалоб, анамнеза, клинические и инструментальные обследования.

Результаты. Мальчик поступил с жалобами на потемнение в глазах при резкой перемене положения тела. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок занимается боксом в течение двух лет (продолжительность тренировки около двух часов, кратность занятий варьируется и часто достигает пяти раз в неделю). Изменения на стандартной ЭКГ в виде синусовой брадикардии с ЧСС 52 уд/мин впервые выявлены при обследовании с целью решения вопроса о возможности дальнейших занятий в секции по боксу. Холтеровское мониторирование ЭКГ показало: в период ночного сна зарегистрирована брадикардия (средняя ЧСС ночью – 48 уд/мин, минимальная ЧСС ночью – 43 уд/мин), в течение времени наблюдения определялось удлинение скорректированного QT-интервала свыше 480 мс в течение 8ч. 46мин. (44% времени). Пять лет назад наблюдалось однократное синкопе на высоте психоэмоциональной нагрузки. В настоящее время поступил в отделение для исключения синдрома удлиненного интервала QT, выяснения генеза синусовой брадикардии. Семейный анамнез мальчика отягощен: у отца с 16 лет брадикардия, артериальная гипотензия (занимался боксом, футболом). При объективном обследовании констатировано удовлетворительное самочувствие и состояние ребенка, границы сердца не смещены относительно возрастной нормы, тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, короткий систолический шум в I и V точках аускультации. Отмечается тенденция к гипотензии (цифры артериального давления – 100/60 мм.рт.ст.). Эхокардиография: открытое овальное окно – 0,3 см, лево-правый сброс; аберрантная хорда в полости левого желудочка; фракция выброса – 67%. Тредмил-тест: толерантность к физической нагрузке выше средней; синусовая брадиаритмия в покое и на первой минуте восстановительного периода; реакция гемодинамики дистоническая. Учитывая результаты данных рентгенограммы шейного отдела позвоночника с функциональными пробами (антелистез при сгибании СIV на 0,2 см, слабо выражены начальные явления деформирующего спондилоартроза унко-вертебральных сочленений CIV-CVI; седловидная гиперплазия С1), ортопедом был выставлен диагноз: деформирующий спондилоартроз шейного отдела позвоночника, седловидная гиперплазия С1, что является противопоказанием для дальнейших занятий спортом. На основании данных анамнеза заболевания, отягощенного семейного анамнеза, а также оценки результатов обследования сделан вывод, что у мальчика имеет место «спортивное сердце».

Выводы. Динамические и статические физические нагрузки адекватные возрасту приводят к функциональной адаптации и экономизации сердечной деятельности, из-за чего впоследствии может сформироваться «спортивное сердце». Данный клинический случай демонстрирует быстроту развития и выраженность основных симптомов при указанном синдроме. Основываясь на выше сказанном, педиатрам и детским кардиологам важно учитывать режим и вид спортивных тренировок в постановке окончательного диагноза.

Дубовая А.В., Усенко Н.А., Бордюгова Е.В., Баешко Г.И., Конов В.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
 ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С КОРРИГИРОВАННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Актуальность. У детей и подростков с корригированными врожденными пороками сердца (ВПС) наблюдается снижение функциональных способностей сердечно-сосудистой системы (ССС), определяемой во время стресс-тестов, по сравнению со здоровыми сверстниками. Одним из направлений реабилитации пациентов с ВПС является выполнение оптимальных физических нагрузок (ФН).

Цель работы: оценить эффективность применения программы физической реабилитации у пациентов с корригированным ВПС.

Материалы и методы. Обследованы 96 (51 мальчик и 45 девочек) детей 8-13 лет с корригированными ВПС с обогащением малого круга кровообращения, без цианоза. Основную группу составили 48 (27 мальчиков и 21 девочка) детей, комплекс реабилитации которых включал выполнение индивидуальной программы ФН, адекватных уровню подготовки ребенка и курсовой прием убидекарена в возрастных дозировках кратностью 2 р/год. Группу сравнения составили 48 (24 мальчика и 24 девочки) пациентов, получавших убидекаренон и не имевших дополнительных ФН. Группы исследования были статистически сопоставимы по полу, возрасту, типу ВПС и функциональному состоянию ССС до начала программы. Всем детям проведен тредмил-тест по протоколу Bruce, с помощью которого были определены: систолическое артериальное давление (САД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) на пике нагрузки, инотропный и хронотропный резервы (ИР и ХР), хронотропный индекс (ХИ), двойное произведение (ДП) на пике нагрузки, в покое и его резерв.

Результаты и обсуждение. После реабилитации у пациентов основной группы отмечаются достоверно более высокие показатели САД на пике ФН ($136,3 \pm 2,4$ мм рт. ст., $p=0,00001$) и ИР ($34,1 \pm 1,4$ мм рт. ст., $p=0,00001$) в сравнении с детьми группы сравнения (САД – $117,2 \pm 1,7$ мм рт. ст.; ИР – $20,0 \pm 2,1$ мм рт. ст.), что свидетельствует об адекватном, соответствующем возрастающей нагрузке, повышении сердечного выброса при сохраняющемся нормальным периферическом сопротивлении.

Несмотря на то, что достоверной разницы показателей ЧСС на пике нагрузки у обеих групп исследования выявлено не было ($183,9 \pm 0,8$ уд/мин и $181,1 \pm 1,0$ уд/мин соответственно, $p=0,0756$), у пациентов основной группы документированы статистически значимо выше показатели ХР ($97,9 \pm 0,9$ уд/мин, $p=0,0002$) и ХИ ($0,80 \pm 0,01$, $p=0,007$), чем у обследованных группы сравнения, где ХР составил $91,3 \pm 1,4$ уд/мин, а ХИ – $0,77 \pm 0,01$. При этом обследованные основной группы выполнили достоверно больший объем работы ($641,9 \pm 22,1$ кДж, $p=0,00001$), чем дети контрольной группы ($440,4 \pm 15,6$ кДж). Указанное свидетельствует об эффективной работе стресс-реализующих и стресс-лимитирующих систем и ограничении гиперактивации ССС, как одной из основных адаптационных систем, на ФН.

Значения ДП в покое у пациентов обеих групп достоверно не отличались. У детей основной группы выявлены достоверно более высокие показатели ДП на пике нагрузки ($250,6 \pm 4,6$ усл. ед., $p=0,003$) и резерва ДП ($162,6 \pm 3,3$ усл. ед., $p=0,0000$) в сравнении с пациентами группы сравнения, где показатель максимального ДП составил $212,0 \pm 3,1$ усл. ед., а резерва ДП – $124,7 \pm 2,7$ усл. ед. Учитывая тот факт, что ДП является маркером потребления кислорода миокардом и отражает физическую работоспособность человека, можно сделать вывод об относительной компенсации функционального состояния ССС в покое у обеих групп исследования и повышении функциональных возможностей сердца при выполнении ФН у детей основной группы.

Выводы. Внедрение программы реабилитации с использованием оптимальных ФН в комплексе с применением убидекарена статистически значимо чаще способствовало улучшению функционального состояния ССС у детей с корригированными ВПС в сравнении с группой, получавшей только убидекаренон ($87,5 \pm 8,5\%$ и $25,0 \pm 11,2\%$ соответственно, $p < 0,05$).

Дудчак А.П., Сосна В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ СНА У ДЕТЕЙ С ПОВЫШЕННЫМ ПРОФИЛЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

В клинической практике следует учитывать жалобы на нарушения сна при проведении клинической оценки сердечно-сосудистого риска, в частности, у пациентов с артериальной гипертензией.

Цель – изучить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у детей с нарушением сна и разработать комплекс реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Обследовано 56 детей (38 мальчиков и 18 девочек) с лабильной артериальной гипертензией (ЛАГ). Возраст детей составил от 12 до 17 лет. Группу I составили пациенты с ЛАГ и с минимальными нарушениями сна – 32 (57%) ребенка, в группу II вошли пациенты с ЛАГ и выраженными нарушениями сна – 24 (43%) пациента. Всем детям проведено суточное мониторирование АД (СМАД), реоэнцефалография (РЭГ), ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов головы и шеи. Для оценки нарушений сна проведено анкетирование по собственной методике.

Результаты. Среди жалоб детей преобладали: головная боль – 23 (41%) чел., головокружение – 7 (13%) чел., бессонница – 36 (20%) чел., разбитость/усталость в дневное время – 7 (13%) чел., повышение систолического артериального давления до 140 мм рт.ст. – 7 (13%) чел. При изучении показателей, влияющих на сон подростка, выявлены следующие изменения: время засыпания до 22.00, 23.00, 24.00 часов у детей I группы – 20 (63%) чел., 7 (22%) чел., 5 (15%) чел. соответственно; у детей II группы – 5 (21%) чел., 6 (25%) чел., 13 (54%) чел.; длительность засыпания до 30 мин и свыше 30 мин у детей I группы – 24 (75%) чел. и 8 (25%) чел. соответственно, у детей II группы – 7 (29%) чел. и 17 (71%) чел. соответственно; длительность сна (в часах) менее 8, 7, 6 часов у детей I группы – 22 (67%) чел., 6 (19%) чел., 4 (14%) чел. соответственно, у детей II группы – 6 (25%) чел., 10 (42%) чел., 8 (33%) чел. соответственно; ночное пробуждение испытывали 3 (9%) чел. I группы и 9 (37,5%) чел. II группы; бодрое самочувствие (в дневное время) отмечали 25 (78%) чел. I группы и 7 (29%) чел. II группы, сонливое/разбитое – 7 (21%) чел. I группы, 17 (71%) чел. II группы, самостоятельно зафиксированные эпизоды повышения АД до 140 мм рт.ст. отмечалось у 5 (15%) детей I группы и 10 (42%) пациентов II группы.

У 16 (63%) пациентов II группы при анализе данных СМАД наблюдалось значимое увеличение вариабельности систолического АД в дневное время ($15,67 \pm 0,54$ мм рт.ст.), в ночное время – по типу non-dipper, по сравнению с пациентами I группы ($11,43 \pm 0,71$ мм рт.ст.), non-dipper – 10 (31,6%). Индекс времени гипертензии составил от 25 до 50% в обеих группах.

Реабилитационные мероприятия включали обучение детей и их родителей в «школе здорового сна», нормализацию режима дня с равномерным распределением труда и отдыха, сокращение времени препровождения с гаджетами, индивидуально подобранную физическую нагрузку; физиотерапевтические мероприятия: массаж воротниковой зоны, Д'арсонваль, иглорефлексотерапия. По рекомендации ортопеда-травматолога в комплекс реабилитационных мероприятий были включены изометрическая гимнастика, ортопедическая подушка, воротник Шанца.

Заключение. К окончанию 12-недельного периода проведения реабилитационных мероприятий в обеих группах отмечалось улучшение субъективных характеристик сна (увеличилось время сна, снизилось количество ночных пробуждений, нормализовалось качество утреннего пробуждения), нормализация суточного профиля АД и клинического состояния пациентов. В два раза снизилось количество «non-dipper» и увеличилось число «dipper» для САД и ДАД.

Дуйсембай Д.П., Керимбай С.М.

Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Караганды», г. Караганда, Республика Казахстан

БОЛЕЗНИ ЦИВИЛИЗАЦИИ. ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Актуальность проблемы. Сахарный диабет (СД) представляет собой большую медико-социальную и экономическую проблему, которая приводит к развитию различных заболеваний организма. По данным World Health Organization на сегодняшний день 422 млн. человек во всем мире страдают от диабета, 80-95% которых составляют больные сахарным диабетом типа 2 (СД2). В настоящее время в Казахстане насчитывается более 260000 больных сахарным диабетом. Основными причинами смерти больных сахарным диабетом (76%) являются сердечно – сосудистые и цереброваскулярные заболевания. Экспертная оценка распространенности сахарного диабета позволяет считать, что к 2030 году диабет станет 7-й причиной смерти во всем мире. Многочисленные клинические исследования показали, что у пациентов с СД наблюдается значительно больше проявлений сердечной недостаточности после инфаркта миокарда, основными причинами которой является ишемическая болезнь сердца. А также сердечная недостаточность и нарушение функции левого желудочка (ЛЖ) возникают и в отсутствие ишемической болезни сердца (ИБС), что привело к предположению о существовании специфической диабетической кардиомиопатии.

Цель исследования: изучить морфофункциональное состояние сердца у животных на модели аллоксанового диабета в разные сроки наблюдения.

Материалы и методы. В эксперименте были использованы 240 белых беспородных крыс массой 200-250 г. В первой серии опытов было создано модель экспериментального диабета – по срокам наблюдения (6, 12, 24 месяца) и количеству (по 50 особей в каждой подгруппе). Для создания модели аллоксанного диабета использовали аллоксан 35 мг/кг. Контрольной группы служили интактные животные этих же возрастных групп по количеству (30 особей в каждой подгруппе) и по срокам наблюдения (6, 12, 24 месяца). Контрольным животным однократно вводили стерильный физиологический раствор в объеме, равном объему диабетогенного раствора.

Для контроля уровня глюкозы кровь 2 раза в неделю отбирали из хвостовой вены. Уровень глюкозы в крови определяли с помощью тест-полосок фирмы Boehringer Mannheim.

Методы: морфологический и электронно-микроскопический, статистический методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Электронно-микроскопическое исследование сердца у экспериментальных животных при введении аллоксана в зависимости от сроков наблюдения выявило следующее: у крыс подгруппы А1 после введения аллоксана через 6 мес. наблюдения кардиомиоциты миокарда экспериментальных животных содержали продолговатой формы, ядро с фесточатоизрезанными контурами ядерной оболочки. Плотные прилегающие к ядру митохондрии имели частично гомогенизированные и лизированные кристы. Было отмечено образование гигантских митохондрий, образующихся в результате активного деления. Канальцы саркоплазматического ретикулула были расширены и имели неправильную форму.

У крыс подгруппы А2 через 12 мес. после введения аллоксана при исследовании выявлялось нарастание компенсаторно-приспособительных реакций в миокарде на фоне прогрессирования деструктивных изменений в отдельных кардиомиоцитах. Возрастала сеть кровеносных капилляров. Отдельные кардиомиоциты или их группы выражено гипертрофировали. Ядра клеток увеличены, ядрышко плохо дифференцируются.

При исследовании миокарда крыс подгруппы А3 на 24 мес. сроке нарастали признаки неравномерного стромального отека. Появлялись отдельные мышечные волокна или их группы с волнистой деформацией. В отдельных случаях в интрамуральных сосудах наблюдались набухание и вакуолизация эндотелиоцитов. На таких участках формировались пристеночные эритроцитарные тромбы. Вместе с этим отчетливо проявлялись и компенсаторные реакции в миокарде. Усиливалась гипертрофия отдельных мышечных волокон или их комплексов.

Выводы: Суммируя данные по изучению миокарда у экспериментальных животных, следует особо остановиться на результатах проведенного исследования, которые наиболее объективно отражают специфику изменений в миокарде при сахарном диабете. Анализируя полученные данные, можно сделать следующие выводы: объемная плотность кардиомиоцитов при разных моделях диабета достоверно падала одновременно с ростом объемной плотности интерстициальной ткани, в то же время диаметр и площадь кардиомиоцитов были достоверно выше, при аллоксановом диабете увеличивалась площадь ядра и снижалось ядерно-саркоплазматическое отношение. Внутри кардиомиоцитов также определялись достоверные количественные изменения, касающиеся практически всех органелл и включений клетки.

Дюба Д.Ш., Базиян-Кухто Н.К., Иваненко А.А.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

КОМПЛЕКСНОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Шунтирующие операции при критической ишемии нижних конечностей являются эффективным видом хирургического лечения атеросклеротической окклюзии бедренно-подколенного сегмента у больных с перемежающейся хромотой. Однако после оперативного вмешательства у 34% больных на фоне восстановления проходимости артерий бедренно-подколенного сегмента развиваются острые компрессионно-ишемические нейропатии.

Цель: Разработать комплексное медикаментозное лечение пациентов после комбинированных операций на сосудах при критической ишемии нижних конечностей.

Материалы и методы: В «Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» в период с 2019 по 2022 г. в отделении хирургии сосудов были под наблюдением 148 больных (возраст от 45 до 69 лет), после оперативного вмешательства, бедренно-подколенное шунтирование с явлениями компрессионно-ишемической нейропатии. Диагноз устанавливался на основе детального сбора жалоб, изучения анамнеза, результатов клинико-неврологического обследования, данных ЭНМГ (на четырехканальном электромиографе «Biomedica» Италия) по стандартной методике стимуляционного исследования, эффективность проводимых мероприятий оценивалась с помощью шкал ВАШ и качества жизни EQ-5D и данных ЭНМГ. У исследуемой группы больных были расстройства чувствительности в виде парестезий, умеренно выраженных гипестезий или гиперестезий. Также отмечались вегетативные проявления – пастозность или отечность конечности, акроцианоз или «мраморность» кожи, дистальный гипергидроз. Всем пациентам проводилась стимуляционная ЭНМГ по стандартной методике в начале лечения (2-3-й день) и через 12-14-30 дней после его начала. Проводился анализ показателей проводимости по нервам нижних конечностей таких как, амплитуда М-ответа, скорость распространения возбуждения (СРВ), резидуальная латентность и др.

Для оценки выраженности болевого синдрома использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) (количественный анализ) и опросник Мак-Гилла (качественная характеристика боли), оценка проводилась при поступлении в стационар и на 12-14-й день лечения. Опросник Мак-Гилла позволяет уточнить характеристику боли, выделить в структуре болевого ощущения сенсорные и аффективные компоненты. Пациенты с подозрением на компрессионно-ишемическую нейропатию получали терапию: раствор Комбилипена в/м по 2.0 – 10 дней, затем по 1 табл. 3 раза в день - 20 дней, Келтикан комплекс по 1 капс., - 1 раз в сутки - 20 дней, актовегин в виде внутривеннокапельных введений 10% раствора 5 дней, затем перорально по 200 мг дважды в сутки месяц. Габапептин 300 мг на ночь 2 мес.

Результаты исследования: Из пролеченных больных полный регресс болевого синдрома наблюдался (32,3%) пациентов, (60,2%) пациент отметили улучшение в виде уменьшения частоты, продолжительности и интенсивности боли и (7,3%) пациентов не обнаружили положительного эффекта от приема препаратов.

Интенсивность боли по ВАШ снизилась с 5,6 баллов до 2,8 баллов. ($p < 0,0005$).

Выводы: Таким образом, особенности метаболизма, фармакокинетики и фармакодинамики компонентов, входящих в состав назначенной терапии, позволили достичь хорошего положительного эффекта, уменьшить сроки восстановительного лечения и улучшить качество жизни пациентов.

Евтушенко В.А., Евтушенко О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ИСПРАВЛЕНИЕ КОСОГЛАЗИЯ ПРИ СЛЕПОТЕ ОДНОГО ИЗ ГЛАЗ

Актуальность. Обычно косоглазие рассматривают как проблему детского возраста, однако клинический опыт свидетельствует об ее актуальности и у взрослого населения. В жизни мы наблюдаем большое количество рядовых и различных публичных людей, имеющих такой косметический недостаток как неправильное несимметричное положение глаз – косоглазие.

С возрастом появляется достаточно большая группа вторичного сенсорного косоглазия в связи с потерей зрения одного из глаз.

Косметический дефект при косоглазии затрудняет общение публичных людей (учителя, ведущие телеэфира, госслужащие, депутаты и т.д.). Мы отмечали, что практически все пациенты, пытаясь скрыть наличие косоглазия, редко и украдкой смотрят прямо в глаза собеседнику, чаще их взгляд направлен в сторону.

Цель исследования. Возможность исправления косоглазия у этой группы больных.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 65 взрослых больных с данной патологией, оперированных в нашей клинике. У всех больных косоглазие было расходящимся. Величина углов косоглазия колебалась от 15° до 60°. В зависимости от угла косоглазия применяли различные виды операций: первой всегда выполняли операцию, ослабляющую действие мышцы (тенотомию) на одном или обоих глазах. При недостаточном эффекте, через 1-2 месяца делали резекцию мышцы антагониста

Результаты и их обсуждение. Выявлены причины столь позднего обращения больных. Это боязнь ухудшения остроты зрения единственно видящего глаза, недостаточно убедительные рекомендации амбулаторных врачей о целесообразности операции или даже рекомендации не рисковать и не оперироваться, т.к. слепой глаз может «уйти в другую сторону», бытующее мнение не подвергать операции слепые глаза. А мотивацией больных к операции явилось стремление достичь хорошего косметического эффекта, с которым многие пациенты связывают решения различных социальных вопросов.

У 10% больных было достигнуто правильное положение глаз. У 24% – угол уменьшился и был в пределах 1°-5°. У 66% – остаточный угол составлял 6°-10°. Подвижность глазных яблок в сторону действия тенотомированной мышцы сохранялась в достаточном объеме, вследствие того, что теннонова оболочка по краям мышцы оставалась фиксированной к глазному яблоку. Во всех случаях со стороны слепых и слабовидящих глаз мы не наблюдали никаких осложнений. Отдаленные результаты (от 6 месяцев до 15 лет) свидетельствуют о стабильности достигнутого эффекта.

Заключение. Все больные были довольны т.к. даже оставшийся небольшой угол косоглазия в быту практически не заметен. Отдаленные результаты (от 6 месяцев до 15 лет) свидетельствуют о стабильности достигнутого эффекта.

Тенотомия является более простой операцией, по сравнению с рецессией и резекцией, доступной для использования офтальмомикрохирургами стробологами, не требующей дополнительных навыков и нового оборудования. Целесообразно более широко использовать этот вид оперативного вмешательства при исправлении сенсорного косоглазия у взрослых.

Евтушенко С.К., Евтушенко О.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР

К ВОПРОСУ ОБ УТОЧНЕНИИ ЭТИОЛОГИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ТАКТИКУ И ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Актуальность. На первом месте по инвалидности у детей в течение последних 20 лет стоит церебральный паралич. Уточнение этиологии и его форм влияет на продолжительность, объем и рациональность медицинской и социальной реабилитации.

Цель. На основе проведенного многолетнего клинико-МРТ-генетического мониторинга – уточнить этиологию церебрального паралича и модифицировать методы медицинской и социальной реабилитации.

Материалы и методы. Проведен 10-летний клинико-МРТ-генетический мониторинг 120 детей (мальчиков – 61, девочек – 59, в возрасте от 3-х до 16 лет) с различными формами церебрального паралича (двойная гемипаретическая – 52 чел., атонически-астатическая – 31 чел., гемипаретическая – 20 чел., диплегическая – 16 чел.) и различной степенью тяжести.

По данным МРТ головного мозга у 33% больных выявлены врожденные аномалии развития головного мозга (лисэнцефалия – 10 чел., порэнцефалия – 8 чел., агенезия мозолистого тела – 9 чел., фокальная корковая атрофия – 10 чел.). Сочетанные аномалии развития сосудов головного мозга выявлены у 23% детей. У 35% обнаружены различной степени гипоксически-ишемические очаги субкортикальной и перивентрикулярной лейкомаляции. У 34% больных – МРТ в пределах возрастной нормы.

Результат. У 56% детей больных церебральным параличом верифицированы различные аномалии развития головного мозга и их сочетания.

Выводы. На основе полученных данных нами была усовершенствована и модифицирована тактика курации детей с церебральным параличом (особенно, этиологически связанная с различными аномалиями развития головного мозга). Предложены адаптированные схемы медицинской и социальной реабилитации.

Евтушенко С.К., Евтушенко О.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР

МУЛЬТИПОТЕНТНЫЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЕ СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ (ММСК) В ТЕРАПИИ ТРУДНО-КУРАБЕЛЬНЫХ ФОРМ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ

Актуальность. В последние годы, к сожалению, происходит увеличение количества детей с тяжелыми формами церебрального паралича, вследствие различных причин (патологические роды, рождение детей с малым весом и недоношенных, применение прогрессивных, не всегда адекватных методов родовспоможения, болезни матери и др.).

Цель. Разработка критериев отбора детей с тяжелыми формами ЦП для проведения трансплантации ММСК и оценка ее эффективности. Сочетание незрелости мозга и интранатальной гипоксии не всегда являются разрушительными, поскольку мозг новорожденного обладает рядом компенсаторных генетически детерминированных возможностей.

Материалы и методы. После тщательного обследования и исключения противопоказаний под местной анестезией проведен забор 15-20 мл костного мозга из подвздошной кости у 10 детей с двойной гемипаретической формой ЦП тяжелой степени (IV и V уровни по шкале GMFCS). Далее клетки культивировались в течение 4 недель при стандартных условиях. Для идентификации и характери-

стики клеточных культур использовали критерии ISCT (2006). Трансплантацию культур 2-3 пассажа осуществляли внутривенно капельно. Катамнез составил до 5 лет. Состояние без изменений и без ухудшений отмечено у 3 детей, у 4 детей увеличилась моторика, речь и когниции, у 3 детей отмечено достоверное улучшение речи и умственных способностей.

Заключение. Полученные предварительные данные свидетельствуют о положительном эффекте использования клеточной терапии аутологичными ММСК при лечении детей с тяжелой формой ЦП, особенно влияющей на когнитивные функции.

Егорова М.А., Мацынин А.Н., Джеломанова С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «МОЗГОВОГО ШТУРМА» НА ВЕБИНАРАХ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

В условиях военного времени в Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького активно внедрена в педагогический процесс дистанционная форма обучения с целью безопасности студентов и преподавателей и сокращения до минимума необходимости их физического присутствия в опасных для жизни районах и учреждениях города.

Внедрение интерактивных форм обучения – одно из важнейших направлений совершенствования подготовки студентов в медицинском вузе. Перед обучением поставлены цели не только по усвоению студентами знаний, но и по формированию клинического мышления с развитием творческих и коммуникативных способностей, определению личностного подхода к возникшей проблеме. Преподавателю теперь недостаточно быть просто компетентным в области своей дисциплины, давая теоретические знания на занятии. Студенты легче понимают и запоминают материал, который они изучали через их активное вовлечение в учебный процесс.

Интерактивные методы наиболее соответствуют личностно-ориентированному подходу, так как они предполагают со-обучение (обучение в сотрудничестве), причем и обучающийся и педагог являются субъектами учебного процесса. Педагог чаще выступает лишь в роли организатора процесса обучения, лидера группы, создателя условий для инициативы учащихся.

На кафедре акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М. Горького при дистанционной форме обучения на вебинарах широко используется метод «мозгового штурма», являющийся интерактивной формой современного обучения. Данная форма обучения является коллективным методом поиска изобретательских решений, основная особенность которого заключается в разделении участников на критиков и генераторов, а также разделение процесса генерации и критики идей во времени.

Метод включает этап подготовки и этап генерации идей. На первом этапе четко формулируется цель и доводится в понятной всем форме до всех участников. Это можно делать как в начале штурма, так и за некоторое время, чтобы участники могли обдумать вопрос. На втором этапе участники высказывают свои идеи, которые фиксируются письменно. Важно обеспечить вовлеченность всех участников и порядок (предположения высказываются в порядке очередности в понятной форме). Результаты мозгового штурма записываются и в итоге выбираются наиболее важные идеи. Обязательными условиями проведения мозгового штурма является создание благоприятных условий для преодоления психологической инерции и боязни высказывать нелепые идеи из-за боязни их критики.

Преимуществом метода «мозгового штурма» является простота и доступность для изучения и усвоения, метод обладает высокой производительностью по числу выдвинутых идей. Метод «мозгового штурма» позволяет преподавателю включить всех учащихся в работу, обсудить с ними проблемы ненавязчиво и демократично, выявить уровень знаний и интересов учащихся.

Проведенный анализ успеваемости студентов 4, 5 и 6 курсов Донецкого национального медицинского университета за весенний семестр 2022 года показал, что в результате широкого использования метода «мозгового штурма» на практических занятиях по акушерству и гинекологии имеет место позитивная тенденция показателей мыслительной деятельности студентов: возросла самостоятельная

познавательная деятельность учащихся и творческое мышление как ключевой элемент результата образования.

Таким образом, метод «мозгового штурма» является мобилизацией всего имеющегося интеллектуального запаса путем объявления своеобразного конкурса идей, способных значительно продвинуть поиск оптимального решения той или иной проблемы. Он связан с генерацией идей, с их равноправной конкуренцией, с возможностью сопоставления и осуществляется посредством коммуникативного взаимодействия. Данный метод способствует формированию клинического мышления у студентов медицинского вуза. Приобретение знаний, развитие логического компонента в клиническом мышлении врача должно быть осознанно управляемым при обучении студентов. Применение метода «мозгового штурма» расширяет возможности обучающихся и способствует развитию клинического мышления при освоении медицинской специальности при дистанционной форме обучения.

Егорова М.А., Мацынин А.Н., Минович Е.Д.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Повышение интереса и мотивации студента к эффективному обучению – основная задача педагогических технологий медицинского вуза. Частные технологии включают в себя решения таких задач обучения и воспитания, как педагогическое стимулирование самостоятельной деятельности студентов, контроль и оценка ее результатов, анализ учебной ситуации. Общие технологии – технологии конструирования, например, процесса обучения.

Медицинская образовательная технология относится к системным направлениям в науке и междисциплинарному направлению в медицине. Объективность и совершенствование учебного процесса в медицинском вузе являются основными принципами медицинской образовательной технологии. Выпускнику медицинского вуза необходимо владеть достаточным объемом необходимых теоретических знаний и практических умений, навыков для профессиональной деятельности, а также уметь работать с источниками информации, непрерывно повышать свой профессиональный уровень. Для обеспечения баланса фундаментальности и компетентностного подхода, развития вариативности необходимы обновления образовательных программ, содержания и технологий образования, структуры сети образовательных учреждений.

К основным компонентам образовательных технологий относится предварительная диагностика уровня усвоения учебного материала. Необходимость включения этого элемента в практику, показали неоднократно результаты применения предварительного тестирования на знания по ранее изученным темам по конкретной дисциплине. Мотивация и организация учебной деятельности студентов являются одним из важнейших компонентов образовательных технологий. Привлечение учащихся к занятиям познавательной деятельностью и поддержка этого интереса – основная задача преподавателя при внедрении технологии обучения.

Действие средств обучения – один из компонентов образовательных технологий. На этом этапе происходит усвоение учебного материала студентом при взаимодействии не с преподавателем, как при фронтальном или индивидуальном обучении, а со средством обучения. Использование средств обучения возможно на любом этапе учебного процесса, однако технологией процесс обучения становится в случае, когда средство обучения используется на этапе учебной деятельности.

Диагностические процедуры, содержание, критерии, показатели и инструментарий измерения результатов деятельности являются органической частью педагогической технологии.

К основным компонентам образовательных технологий относится и системное использование обратной связи. Необходимо проведение анкетирования для корректировки и оценки эффективности образовательного процесса. Итоги анкетирования помогают преподавателю проанализировать педагогическую деятельность, внести коррективы в ход учебного процесса.

Обязательным компонентом образовательных технологий является контроль качества усвоения материала. Оценка знаний обучающихся осуществляется по глубине знаний, их действенности, предусматривающей готовность и умение учащихся применять их в различных ситуациях. Наличие современной системы контроля носит так же воспитательную функцию. Система контроля организует и направляет деятельность студентов, дисциплинирует, помогает выявить пробелы в знаниях, особенности личности, устранить эти пробелы, формирует творческое отношение к предмету. Зачеты и экзамены, коллоквиумы, тестирование выполняют диагностическую функцию контроля.

Проводимый контроль качества в сфере медицинского образования определяется качеством теоретических знаний, практических умений и навыков выпускника вуза, их активной гражданской позиции, уровнем профессиональной культуры и духовного развития.

Выводы. Использование педагогических технологий в преподавании в медицинском вузе в современных условиях обеспечивает высокое качество образовательного процесса, приводит к достижению поставленных целей, к достижению контроля и управления процессом подготовки специалистов. Профессионально-педагогическая компетентность будущего врача и профессионально-психологическая подготовленность самих преподавателей вуза являются залогом высокого качества медицинских услуг.

Егорова М.А., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Минович Е.Д., Носкова О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА У ДЕВОЧЕК

Склероатрофический лихен (СЛ) наружных половых органов представляет собой хроническое медленно прогрессирующее заболевание с выраженной очаговой атрофией кожных покровов промежности и видимых слизистых оболочек вульвы. По данным ВОЗ в структуре общей гинекологической патологии дистрофические заболевания вульвы занимают от 0,6 до 9%. При этом частота заболевания у девочек с каждым годом неуклонно растет и составляет 0,1%. В ряде исследований у девочек, больных СЛ вульвы, выявлен низкий уровень синтеза эстрогенов, более поздние сроки полового созревания. Несмотря на многочисленные исследования данного заболевания этиопатогенез сложен и недостаточно изучен.

Целью исследования: проанализировать вероятные провоцирующие факторы, особенности течения и эффективности лечения склероатрофического лихена у девочек.

Материалы и методы: Под наблюдением в женской консультации ГБ №6 г. Донецка находились 19 девочек в возрасте от 8 до 14 лет с СЛ. Обследование всех девочек включало данные анамнеза, оценку полового развития, визуальный осмотр наружных гениталий, а также расширенную вульвоскопию, бактериоскопическое, бактериологическое и цитологическое исследование влагалищных мазков.

Лечение включало применение кортикостероидов ультравысокой активности местно (клобетазола пропионат 0,05% мазь) ежедневно на ночь в течение 4 недель, затем через день – в течение 4 недель, и последний месяц – 2 раза в неделю. Кроме того, местно применялся бензидамин (обезболивающее, антибактериальное, противозудное действие), эмоленты и витаминотерапия (В, А, С, Е, и РР).

Результаты. Анализ возможных пусковых моментов развития болезни установил, что у значительной части наблюдаемых при поступлении отмечались инфекционные заболевания органов мочеполовой системы. Так, у 15 девочек (половина группы) были выявлены вульвиты и вульвовагиниты. Этиология процесса установлена в большинстве случаев: у одной девочки выявлена *Candida albicans*, у одной – *Chlamydia trachomatis*, по одному случаю микоплазменной и уреоплазменной инфекции. Кроме того, у одной пациентки выделен вирус папилломы человека, вирус простого герпеса – у троих больных, цитомегаловирусная инфекция диагностирована в двух случаях (обнаружены специфические IgM), и Эпштейна-Барр-вирусная инфекция – у одной девочки. У двух девочек выявлена глистная инвазия. В остальных случаях этиологический фактор установить не удалось.

Анализ клинической симптоматики показал наиболее частую встречаемость таких симптомов у девочек, как боль, зуд и жжение в области промежности (в 100% случаев). Дизурия и локальные кровянистые выделения возникали из-за растрескивания кожи вдоль пострадавшей области (21,1%). Классическая «фигура 8», когда в процесс включены малые половые губы, капюшон клитора и периаанальной, области отмечалась в 94,7% случаев. Характерно было возникновение на начальном этапе белых плоских папул, тонкие пластинок или атрофических пятен. Выявлялась гиперпигментация, эрозии и язвы. У 10 (52,6%) девочек с СЛ аногенитальной области выявлено осложнение – вторичный запор. Девочки сдерживали дефекацию из-за боли, в дальнейшем данный симптом сохранялись даже после эффективного лечения СЛ. Во всех случаях отмечались жалобы на нарушения сна в связи с наличием зуда.

Улучшение состояния – стойкое исчезновение зуда, воспалительных явлений, эпителизация эрозий, трещин, уменьшение депигментации и атрофии удалось добиться во всех случаях.

Выводы. СЛ характеризуется многообразием симптомов и отсутствием единого взгляда на патогенез заболевания, поэтому не существует эффективного средства, позволяющего устранить весь комплекс симптомов. Выявлена существенная роль инфекционного фактора в развитии склероатрофического лихена у девочек. Лечение девочек с СЛ сложное и должно быть индивидуальным в зависимости от степени выраженности симптомов. Использование кортикостероидов ультравысокой активности может остановить или замедлить степень воспаления, уменьшить риск рубцовой деформации вульвы.

Егорова М.А., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Носкова О.В., Петренко М.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ДОНЕЦКЕ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Миома матки по-прежнему остается одним из наиболее актуальных вопросов современной гинекологии. Гинекологи всех стран акцентируют внимание на «омоложении» миомы. Являясь гормонозависимой опухолью, миома возникает у каждой второй женщины старше 30 лет, составляя 40-50% в структуре гинекологической патологии. При этом вопросы эпидемиологии данной патологии изучены, на наш взгляд, недостаточно.

Оценка факторов риска, поиск и анализ новых клинических проявлений заболевания позволит уточнить и расширить имеющиеся представления о патогенезе миомы, повысить эффективность диагностики и качества лечения данной категории больных.

Целью нашего исследования явилась оценка факторов риска возникновения миом матки у пациенток г. Донецка, проживающих в условиях военного времени.

Материалы и методы: нами проведен ретроспективный анализ клинико-анамнестических данных 96 пациенток с миомой матки. Женщины наблюдались в женской консультации ЦГКБ №6 г. Донецка в период с 2019 г по 2022 г. Все обследованные были жительницы г. Донецка. Возраст пациенток составил от 25 до 63 лет. Больные, имеющие миому матки, обследованы в соответствии с клиническим протоколом МЗ ДНР №2270 «Миома матки» с оценкой следующих параметров: размеры матки, локализация узлов (FIGO) относительно толщины маточной стенки, размеры узлов, наличие осложнений (нарушение питания или инфицирование узлов, анемия, бесплодие). Все пациентки были проанкетированы для выяснения анамнеза заболевания, факторов риска, наличия сопутствующей патологии. Проведен ряд тестов, устанавливающих настоящее психическое состояние женщин, их отношение к болезни, а также личностные характеристики (использованы шкала депрессии Бека, методика Спилберга – Ханина для определения уровня тревожности, методика Айзенка).

Результаты. Проведенный анализ показал, что средний возраст пациенток с миомой матки составил $40,2 \pm 1,7$ года, причем частота заболевания увеличивалась после 35 лет в 1,6 раза, а в возрасте постменопаузы снижалась на 41,6%. Анализируя локализацию миоматозных узлов в возрастных

группах выявлено преобладание 2-5 типов узлов у пациенток 51-63 лет. При этом доля узлов типа 0-1 и 7 с возрастом, наоборот, снижалась.

Возраст наступления менархе составил среди обследованных $12,3 \pm 1,6$ года. У 72 пациенток (75,0%) были обильные менструации, а у 12 (12,5%) отмечались ациклические кровотечения. В анамнезе у 70 женщин (72,92%) были роды, у 58 (60,4%), искусственные аборты, не беременели 25 пациенток (26,0%).

Избыточный вес имели 70 женщин (72,92%) и 2 женщины (2,1%) имели дефицит веса (ИМТ ниже $18,5 \text{ кг/м}^2$). Отягощенный семейный анамнез выявлен у 46 (47,92%) опрошенных. Сердечно-сосудистые заболевания были у 47 (48,96%) обследуемых женщин (преимущественно артериальная гипертензия разной степени тяжести); эндокринная патология у 19 (19,79%) пациенток, заболевания желудочно-кишечного тракта встречались в 50% случаев (48 женщин). Среди гинекологической патологии наиболее часто встречались воспалительные заболевания органов малого таза 65 (67,71%). Никотинозависимость отмечалась у 40 (41,67%) женщин с миомой. Стрессовый фактор отмечен у 94 (97,92%) пациенток, а высокий уровень тревожности у 100% женщин.

Выводы. На основании полученных клинико-анамнестических данных пациенток с миомой матки выявлено, что в данной группе женщин отмечается комплекс патологических нарушений во многих системах организма. Нарушения обменных процессов, эндокринная патология, наличие гинекологической патологии и абортов для изученной группы являются одними из ведущих факторов риска развития миомы. Стрессовый фактор и высокий уровень тревожности у женщин, проживающих в условиях военных действий возможно является одним из лидирующих факторов в этиопатогенезе миомы матки и требует психокоррекционных мероприятий в комплексной терапии данной патологии.

Ежелева М.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ Г. ДОНЕЦКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Цель исследований: определить основные закономерности в распространенности болезней органов дыхания у детского населения г. Донецка.

Материалы и методы. Выполнен анализ распространенности болезней органов дыхания у детского населения (все население (0-14 лет), школьники (7-14 лет), дошкольники (0-6 лет) по следующим показателям: все болезни органов дыхания, острый фарингит и тонзиллит, острый ларингит и трахеит, хронические болезни миндалин (ХБМ), бронхиальная астма (БА), пневмонии. Анализ проведен по районам г. Донецка (самому «чистому» В., самому «грязному» Б. – не пострадавшим от боевых действий, и окраинным загрязненным районам Кир. и П., находившимся в зоне локального военного конфликта) в сравнении со среднегородскими показателями в течение 4-х временных периодов: I – довоенного (2012-2013 гг.), II – переходного – начала боевых действий (2014-2016 гг.), III – стабильного военного (2017-2019 гг.) и пандемии (2020-2021 гг.). Для оценки загрязнения окружающей среды нами была выбрана концентрация 12 тяжелых металлов и металлоидов (ТМ) в почвах г. Донецка. Статистическая обработка проведена общепринятыми методами с помощью лицензионного пакета прикладных программ MedStat.

Основная тенденция распространенности болезней органов дыхания в целом у детей, у школьников и у детей дошкольного возраста – резкое падение уровней во II периоде с последующим значительным ростом от III к IV периоду (достоверно выше в IV периоде в сравнении со II по всем районам и возрастным группам, $p < 0,01$, $p < 0,05$, кроме районов Б. и Кир. у школьников). Возрастной группой, определяющей уровни распространенности патологии, являются дети 0-6 лет. Что касается распределения по районам, в первые два периода максимальные показатели во всех возрастных группах определялись в самом «грязном» районе, в военном стабильном периоде и периоде пандемии – в «чистом» районе, превышая среднегородские уровни в 1,4-1,5 раза. Распространенность острого ларингита, трахеита во всех исследуемых группах детей росла от довоенного периода к периоду пандемии

во всех районах, кроме «грязного», где во всех возрастных группах максимум приходился на военный переходный период. Следует отметить, что во всех группах показатели «чистого» района в период пандемии достоверно ($p < 0,01$, $p < 0,05$) превышали уровни остальных районов и среднегородские (в 7,1 – 10,8 раз), а также показатели остальных временных периодов. В распространенности острого фарингита, тонзиллита можно выделить несколько типов закономерностей. 1) В загрязненных окраинных районах П., Кир. и Б. максимальные уровни по периодам определяются в довоенном и затем снижаются к периоду пандемии. При этом показатели района П. в довоенном периоде являются определяющими, достоверно превышая другие районы и г. Донецк ($p < 0,01$). 2) В «чистом» районе В. и в г. Донецке распространенность растет от довоенного к периоду пандемии. В динамике распространенности БА необходимо отметить разнонаправленные тенденции – у дошкольников уровни района П. неуклонно растут от 2012 к 2021 г., достигая максимума в период пандемии и достоверно ($p < 0,01$) превышая показатели других районов и периодов. В то же время у школьников распространенность БА в районе П. снижается от I к IV периоду, достигая минимума как среди районов, так и по периодам. Что касается пневмоний, следует выделить два пика распространенности во всех районах – I и III периоды, при этом в военном стабильном периоде показатели всех районов, как у детей в целом, так и у дошкольников значительно превышают среднегородские. Распространенность ХБМ резко отличается от распространенности острых заболеваний органов дыхания – в загрязненных окраинных пострадавших районах и в г. Донецке уровни снижались к периоду пандемии, тогда как в не пострадавших районах В. и Б. напротив – росли.

Елезова Т.В., Лупитько Е.М., Новицкая Ю.Е., Тюрина С.В., Грищенко И.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕТОД ПРОЕКТОВ КАК ЭЛЕМЕНТ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Метод проектов, как элемент образовательной деятельности, известен довольно давно и результаты его применения за время своего существования показывают как и взлеты, так и падения. Так, во времена становления советской школы образования проектной деятельности обучающихся отдавалось предпочтение перед классическими формами обучения, что привело к перекосу в подготовке выпускников как школ, так и профильных училищ и вузов, что привело к неприятию и ограниченному применению данного метода в советском образовании. Образовательные организации западных стран, напротив, успешно внедрили метод проектов в свою деятельность, используя его как одну из форм образовательной активности обучающихся. В настоящее время на территории России метод проектов вновь широко применяется на различных этапах образования.

Для студентов проектная деятельность является одним из методов личностно-ориентированного обучения, направлена на выработку самостоятельных исследовательских умений (постановка проблемы, сбор и обработка информации, проведение исследований, экспериментов, анализ полученных результатов), способствует развитию творческих способностей и логического мышления, объединяет знания, полученные в ходе учебного процесса, и приобщает к конкретным жизненным проблемам. Кроме того, проектная деятельность на младших курсах способствует скорейшей адаптации студента, т.к. он осуществляет знакомую ему по старшим классам школы, деятельность.

Для преподавателей проектная деятельность является одной из форм организации учебной деятельности, развития компетентности, повышения качества образования. Обучающиеся выполняют индивидуальные проекты за счёт времени, отведенного на самостоятельную работу по дисциплине, преподаватель же выполняет координирующую функцию. Проектная деятельность не является составной (обязательной) частью учебной деятельности студентов вузов, однако может стать одним из элементов адаптации к обучению в организациях высшего профессионального образования.

Специфика использования проектной методики на занятиях по фармацевтическим дисциплинам вытекает из специфики самого предмета и из целей и задач, которые стоят перед педагогом. Особое место занимает проект, имеющий практическую ориентированность, который возможно реализовы-

вать с потенциальным работодателем. Метод проектов ориентирован на самостоятельную деятельность обучающихся – индивидуальную, парную, групповую, которую обучающиеся выполняют в течение определённого отрезка времени. Осуществляется взаимодействие обучающихся друг с другом и преподавателем, роль которого меняется от контролера до равноправного партнера и консультанта.

Активное применение в учебном процессе технологий проектной деятельности способствует формированию и повышению профессиональных компетенций обучающихся. К таким компетенциям следует отнести проблематизацию, целеполагание, планирование деятельности, рефлексию и самоанализ, презентацию и самопрезентацию, а также поиск информации, практическое применение академических знаний, самообучение, исследовательскую и творческую деятельность. [1].

Таким образом, опыт, приобретенный студентами во время подготовки и защиты проектов, очень важен для дальнейшей успешной учебы и практической работы по специальности, так как повседневная деятельность фармацевта предполагает постоянное самосовершенствование и поиск ответов на возникающие в процессе работы вопросы.

Елезова Т.В., Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ УЧЕТА И КОНТРОЛЯ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ КАФЕДРЫ

В соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» приоритетным направлением государственной политики в сфере здравоохранения, способствующим повышению доступности и качества оказываемой гражданам медицинской помощи и предоставляемых фармацевтических услуг, является создание системы непрерывного профессионального образования медицинских и фармацевтических работников. Главная цель данной системы подготовка высококвалифицированных специалистов, ориентированных на постоянное совершенствование собственных знаний, умений, навыков и компетенций, необходимых для достижения и сохранения высокого качества профессиональной деятельности.

Ориентированный таким образом специалист, становится не просто слушателем или обучающимся организации последипломного образования (университета, факультета), он становится заказчиком образовательной услуги, предъявляя к ней определенные требования. Образовательная организация, в свою очередь, становится исполнителем такой работы, что вовлекает ее в договорные отношения с осуществлением хозяйственной деятельности. Т.е., образовательная организация становится участником рынка с его требованиями и законами.

Одним из важнейших элементов успешного осуществления хозяйственной деятельности являются налаженные, оптимально упорядоченные процессы документооборота, позволяющий не только осуществлять внутреннее взаимодействие между руководящими и подчиненными структурами, но внешнее – с контрагентами организации.

Учет специалистов, как правило, ведется в специализированных программных продуктах, таких как, 1С, АИС «Контингент», Microsoft Imagine Academy и т.п. Эти продукты дорогостоящие и не всегда имеют в стандартной конфигурации необходимый функционал для автоматизации процессов образовательной организации. Вопрос лицензии таких программных продуктов остается открытым. Некоторые программные продукты не всегда доступны для пользования в изменяющихся условиях мирового порядка.

В рамках цифровизации и развития информационных технологий в Российской Федерации можно рассмотреть возможность создания отечественными ИТ компаниями программного продукта, отвечающего требованиям автоматизации процессов образовательной деятельности организации. Целесообразно рассмотреть возможность создания программного продукта ресурсами образовательной организации. Например, ресурсами кафедры управления, экономики фармации, фармакогнозии и фармацевтической технологии разрабатывается программный продукт для учета слушателей факуль-

тата интернатуры и последипломного образования. Продукт предназначен для обеспечения автоматизации процессов: сбора, учета, хранения, обработки и уничтожения данных о гражданах, освоивших программы высшего медицинского и фармацевтического образования, которые осваивают программы дополнительного последипломного образования на базе Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Уже на этапе тестирования продукта в реальных условиях получены результаты, выраженные в оперативном сборе данных слушателей циклов, уменьшении трудозатрат и снижении влияния человеческого фактора при ведении документации, автоматизированном формировании электронных документов различного уровня и направленности.

Таким образом, полученные результаты в процессе тестирования программного продукта дают оценку его эффективного применения и целесообразности его дальнейшей разработки и полной интеграции с деятельностью структурных подразделений в рамках последипломного образования.

Елизарова О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТАРЫ НА ФАСОВАННУЮ ВОДУ

В Российской Федерации задача обеспечения населения качественной питьевой водой реализуется имплементацией Технического Регламента Таможенного Союза ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции», Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», СанПиН для вод систем водоснабжения и расфасованных в емкости. Кроме того, Федеральной целевой программой «Чистая вода» предусмотрена разработка системы мероприятий по обеспечению качества и увеличению снабжения населения бутилированной питьевой водой. Также одним из приоритетных направлений в области обеспечения качества продуктов питания в России является борьба с незаконным производством и возросшим объемом реализации фальсифицированной продукции. Но соответствие бутилированной воды требованиям нормативной документации по содержанию химических элементов не всегда является гарантом подлинности воды конкретного происхождения и соответствия её эталонной марке данного наименования.

Помимо требований, предъявляемых самой воде, значительное внимание уделяется и таре. Так, на сегодняшний день для изготовления упаковочных емкостей в мире производится более 18 миллионов тонн полиэтилентерефталата, что соответствует более чем 400 миллиардам ПЭТ-бутылок (ПЭТ). Коммерческая выгода при использовании ПЭТ принесла этому продукту мировую известность. Однако, данные о безопасности использования ПЭТ в пищевой промышленности противоречивы, что делает необходимым дальнейшие исследования, направленные на выявление возможной токсичности как ПЭТ, так и других видов пищевого пластика.

Цель работы – гигиеническая оценка материала тары бутилированной (фасованной) воды.

Материалы и методы. Исследования проведены на 14 образцах тары. Оценка проводилась по основному токсичному компоненту – полиэтилентерефталат (ПЭТ).

Результаты и их обсуждения. Отобраны образцы тары объемом 0,5 дм³ (ПЭТ-1); 1,5 дм³ (ПЭТ-1); 18,9 дм³ (поликарбонат (РС) и полипропилен (ПП 5)) на оригинальной этикетке которой указаны условия хранения – тара объемом 0,5 дм³ и 1,5 дм³ (ПЭТ-1) должна храниться при температуре от +20С до +250С, относительной влажности не выше 85% не более 12 мес.; тара объемом 18,9 дм³ (РС) и (ПП-5) – +50С до +200С и относительной влажности не более 75% в помещениях, защищённых от попадания прямых солнечных лучей, (ПП-5) – 3 мес., (РС) – 6 мес. В России для ПЭТ разработан и действует государственный стандарт – ГОСТ 32686-2014 «Бутылки из полиэтилентерефталата для пищевых жидкостей. Общие технические условия», в котором условиями транспортировки и хранения тары из полиэтилентерефталата является температура не ниже +5 0С и относительная влажность воздуха не более 80% – до 12 мес. Отметим, что условия хранения тары ПЭТ указанные на этикетке не соответствует требованиям ГОСТ 32686-2014. Так же можно предположить, что разный объем используемой тары предопределяет и разное отношение объемов тары к ее поверхности, вступающей в контакт с водой. Следует предположить, что при хранении воды происходит адсорбция элементов на

поверхность тары, что может привести к изменению её морфологии. Следовательно, срок хранения бутилированных вод должен зависеть и от объема упаковки, так как равновесная сорбционная емкость поверхностей и равновесная концентрация компонентов бутилированной воды в таре различного объема различны. Соотношение площади поверхности к объему тары обратно пропорционально, а значит, наибольшее количество осажденных частиц будет в таре меньшего объема. Кроме того, равновесная сорбционная емкость поверхностей бутылок и равновесная концентрация элементов воды будут различными и при разных температурах хранения. Таким образом, продажа и транспортировка бутилированной воды в полимерной таре в летнее время без соблюдения температурных режимов, установленных ТУ, приведет к ухудшению их потребительских свойств.

Елисеева Л.В., Лутицкая Л.А., Кравченко Г.В.

ГБУЗ РК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации» г. Евпатория

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Реабилитационная помощь детям с врождёнными пороками сердца (ВПС) включает 3 этапа: первый – в кардиохирургическом стационаре, где пациенту с ВПС оказывается высокотехнологичная, специализированная медицинская помощь и определяются показания к переводу ребенка в специализированный реабилитационный центр, расположенный на базе кардиохирургического стационара для выполнения второго и рекомендаций для третьего (амбулаторного) этапов реабилитации.

Третий (амбулаторный) этап медицинской реабилитации детей с ВПС может осуществляться в санаторно-курортных условиях с учетом рекомендаций специалистов многопрофильной реабилитационной команды (МКФ), главным образом специалистов-детских кардиологов. Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями (санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах.

Санаторно-курортное лечение показано детям, перенесшим хирургическую коррекцию ВПС в стадии компенсации порока, без нарушения гемодинамики, с недостаточностью кровообращения не выше I степени в климатической зоне проживания, на климатических и бальнеогрязевых курортах, что закреплено в Приказе МЗ РФ N 1029н от 28 сентября 2020 г. «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения».

Пациенты без хирургической коррекции ВПС или с сохранением остаточного дефекта после хирургического вмешательства в перечень показаний не включены, но им также может быть рекомендовано санаторно-курортное лечение в климатической зоне проживания, на климатических и бальнеогрязевых курортах в стадии компенсации порока, без нарушения гемодинамики, с недостаточностью кровообращения не выше I степени.

В реабилитации детей с ВПС важно учитывать наличие основных синдромов, доминирующих в дооперационном патогенезе часто сочетаясь: сердечной недостаточности, легочной гипертензии, синдрома гипоксии и артериальной гипоксемии, сниженной иммунной реактивности, астено-невротического синдрома.

Противопоказания для направления на санаторно-курортное детей с ВПС: недостаточность кровообращения НК 2А и более (более II функционального класса по ROSS), умеренная и тяжелая легочная артериальная гипертензия (с СДЛА > 35 мм рт.ст., GalieN., 2009), жизнеугрожающие тахикардии и брадикардии, желудочковые или предсердные тахикардии, АВ блокады II и III степени, снижение фракции выброса левого желудочка, подострый миокардит, перикардит, наличие водителя ритма. Учитываются также общие противопоказания для санаторно-курортного лечения и заболевания в острой и подострой стадии, в том числе острые инфекционные заболевания до окончания периода изоляции.

В санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения РФ, направляются дети в возрасте от 4 до 14 лет включительно, в том числе в сопровождении законного представителя, дети с 15 до 18 лет без сопровождения. При наличии в санаторно-курортном учреждении отделения для детей, принимаются дети в возрасте от 7 до 14 лет включительно без сопровождения законного представителя, если необходимость сопровождения не обусловлена медицинскими показаниями (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 мая 2016 г. № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения»).

Направление на санаторно-курортное лечение детей показано не ранее, чем через 6 месяцев после оперативного лечения. Сроки санаторно-курортного лечения – 21 день. Санаторное лечение детей с ВПС может проводиться на курортах: Кисловодск, Пятигорск, Геленджик, Сочи, Белокуриха, Евпатория.

Для оценки исходного клинико-функционального состояния пациентов с ВПС при поступлении на санаторно-курортное лечение необходимо иметь данные ЭКГ, ЭхоКГ, детям с аритмическим синдромом – данные холтеровского мониторирования.

Задачи санаторно-курортного лечения: улучшение функции сердечно-сосудистой, дыхательной систем, адаптационно-компенсаторных механизмов организма ребёнка, повышение иммунологической реактивности, неспецифической резистентности, защитных сил организма детей, уменьшение мышечной детренированности, коррекция психоэмоционального состояния ребёнка.

С учетом показаний и противопоказаний для детей с ВПС санаторно-курортное лечение включает: климатический режим соответственно сезону года и клинико-функциональному состоянию пациента, лечебное питание, адекватную физическую нагрузку с учётом толерантности к физической нагрузке в виде малогрупповых или индивидуальных занятий, лечебный массаж воротниковой зоны, физические методы лечения и аппаратную физиотерапию (назначаемые по общепринятым методикам – антигипоксические, седативные, иммуностимулирующие, кардиотонические, сосудорасширяющие, антиаритмические, вегетокорректирующие методы), психотерапию (индивидуальную, малогрупповую, семейные занятия).

Ельский И.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Прогнозирование тяжести острого панкреатита (ОП) и классификация пациентов с высоким риском перехода к тяжелому острому панкреатиту важны для планирования начального уровня помощи больным. В клинической практике необходима точная система оценки тяжести состояния больного для прогноза тяжелого острого панкреатита.

Учитывая распространенность острого панкреатита и наличие высокого риска тяжелого течения заболевания и летального исхода, для практического хирурга важным является в кратчайшие сроки выявить сочетания разных показателей, которые максимально достоверно описывают шансы на выздоровление и риск летальности у пациентов с острым панкреатитом.

Целью работы являлось создать прогностическую модель исхода острого панкреатита на основании определения отношений шансов выздоровления и рисков летальности.

Исследования проводили на базе клиники хирургии и эндоскопии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО в течение 2019-2020 гг. Обследовано 82 пациента в возрасте от 25 до 90 лет с диагнозом «острый панкреатит».

Тяжесть интоксикации у больных с ОП оценивали с помощью расчета гематологических индексов (ГИ), также анализировали рутинные сонографические и биохимические параметры: диаметр холедоха (dCH), размер головки поджелудочной железы (РГПЖ), диаметр селезеночной вены (dVL), содержание амилазы, диастазы, АЛТ, АСТ.

После проведения регрессионного исследования было доказано, что существует линейная корреляционная связь между летальностью пациентов с ОП и уровнями интоксикации по данным ГИ

Кальф-Калифа в модификации Хомича и Костюченко (ИИ-1); ГИ Рейса (ИИР); общего показателя интоксикации (ОПИ) и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ).

Все анализируемые показатели были разделены на 6 комплексов параметров, сочетания которых сравнивали у больных с ОП при помощи оценки шансов и рисков. Выявленные закономерности позволили нам разработать балльную систему прогнозирования исходов ОП.

Так, параметрам ИИ-1 > 2 и ОПИ > 3 мы присвоили по 2 балла, учитывая их высокую прогностическую значимость по данным нашего исследования. Эти показатели входят во все комплексы факторов роста летальности. Параметрам ЛИИ < 0,12 и ИИР > 3 присвоено по 0,5 балла, так как эти факторы не являются основополагающими, но только усугубляют вероятность летальности.

Таким образом, при наличии сочетаний ИИ-1 > 2, ОПИ > 3 и хотя бы 1 из показателей сонографии (РГПЖ: 20 – 40 мм, dСН: 4 – 6 мм), по данному алгоритму вероятность летальности у больных с ОП соответствует или равна 5 баллам, что является низким, но достоверным риском.

Если у больного имеют место все составляющие I комплекса (ИИ-1 > 2,0, ОПИ > 3,0, d СН (4,0 – 6,0 мм), РГПЖ (20,0 – 40,0 мм), согласно нашей системе, вероятность летальности соответствует 6 баллам, что является средним риском.

8 баллам, высокому риску летальности, соответствует сочетание всех показателей VI комплекса параметров: ИИ-1 > 2,0, ОПИ > 3,0, d СН (4,0 – 6,0 мм), РГПЖ (20,0 – 40,0 мм), d VL (не превышает 3,0 мм), d VP (более 9,0 мм), ИИР > 3,0, ЛИИ < 0,12

Таким образом, балльная система оценивания, созданная на основе вышеописанных факторов, позволяет достоверно определить степень риска летального исхода у больных с острым панкреатитом.

Ельский И.К., Смирнов Н.Л.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОНОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОРТАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

В исследовании определяли характер нарушений портальной гемодинамики у пациентов с острым панкреатитом до и после малотравматичного оперативного лечения.

Обследованы 44 пациента с острым панкреатитом. Сонографические исследования проводили с использованием цветного сканирования и энергетического доплеровского исследования. При ультразвуковой доплерографии изучали: объемную скорость кровотока (ОСК) и линейную скорость кровотока (ЛСК) в портальной, селезеночной и верхней брыжеечной венах, максимальную линейную скорость кровотока (МЛСК) и индекс периферического сопротивления (ИП) в чревном стволе, общей печеночной, селезеночной и верхней брыжеечной артериях, а также диаметр артериальных и венозных сосудов.

Всем пациентам были выполнены оперативные вмешательства по поводу осложнений острого панкреатита: пункция острой псевдокисты поджелудочной железы под ультразвуковым контролем – 19 пациентов, пункция и дренирование абсцесса сальниковой сумки под ультразвуковым контролем – 18 пациентов, левосторонняя люмботомия малым доступом со вскрытием забрюшинного пространства – 6 пациентов.

У всех больных в остром периоде имело место расширение диаметра и увеличение МЛСК до 3,4 м/с в чревном стволе, тогда как ИП имел тенденцию к снижению. При этом кровоток в общей печеночной артерии увеличивался на 8%, а в верхней брыжеечной и селезеночных артериях не менялся.

В дооперационном периоде у всех пациентов выявляли внепеченочную портальную гипертензию, у 4 (8,3%) больных причиной портальной гипертензии был тромбоз селезеночной вены с переходом на конfluence, у остальных 40 (91,7%) – экстравазальная компрессия портальной вены.

В 18 (41,8%) случаев отмечена экстравазальная компрессия селезеночной артерии и вены, а в 9 (20,9%) – увеличение диаметра и МЛСК в верхней брыжеечной и селезеночной венах. У 2 (4,6%) больных имел место тромбоз верхней брыжеечной вены.

После выполнения миниинвазивных вмешательств практически у всех больных (41 – 95,3%) в ближайшем послеоперационном периоде отмечен рост ОСК по портальной и селезеночной венах на 74% и 51% соответственно в сравнении с дооперационными данными. Только у 2 (4,7%) пациентов показатели ОСК по портальной и верхней брыжеечной венам оставались без динамики. Также у 4 (9,3%) больных восстановился до нормальных показателей кровотока по общей печеночной артерии.

После выполнения люмботомии показатели ОСК по портальной вене не отличались от дооперационных данных и находились в диапазоне нормальных значений (0,279-0,492 л/мин) вместе со снижением кровотока по верхней брыжеечной вене до уровня нормы (0,265-0,289 л/мин).

Таким образом, было установлено, что при остром панкреатите у всех больных в разной степени имеет место нарушение портальной гемодинамики. Нормализация показателей портального кровотока после проведенного лечения наблюдалась значительно позднее по сравнению с клинической картиной выздоровления и была значимой у пациентов, которым применялись малотравматичные вмешательства под ультразвуковым контролем.

Ермаченко А.Б., Ермаченко Т.П., Курехин А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АЭРОЗОЛЕЙ, МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ СОЕДИНЕНИЙ И ИХ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Защита воздушного бассейна от загрязнения выбросами промышленных предприятий является одной из важнейших современных проблем. Нарастивание производства и применение ферритовых порошков может повлечь увеличение их поступления в воздух населенных мест.

Установлено, что ферритовые порошки способны оказывать выраженное влияние на организм рабочих и здоровье населения. Изучение биологического действия аэрозолей ферритов позволило установить, что последние вызывают широкий спектр функциональных и морфологических нарушений в органах дыхания, пищеварения, нервной и кровяной системах. Вместе с тем в настоящее время отсутствуют данные о токсическом действии низких концентраций ферритов при длительном непрерывном поступлении в организм, а также не решены методические вопросы химического нормирования комплексных металлосодержащих соединений в атмосферном воздухе населенных мест.

В экспериментальных условиях изучено биологическое действие трех оксиферров : бариевого, никель-цинкового и марганец-цинкового. Токсиколого-гигиеническая оценка их поведения при различных путях поступления и времени воздействия на организм. Установлено, что все изучаемые вещества являются малорастворимыми соединениями.

Сравнительный анализ токсичности ферритов показал, что марганец-цинковому ферриту присуща умеренно выраженная способность к кумуляции ($K_{кум} = 0,7$), тогда как у двух других аэрозолей способность к накоплению в организме была выражена гораздо слабее ($K_{кум} = 1,4$)

Все изученные вещества оказывали отрицательное влияние на центральную нервную систему (ЦНС). Вместе с тем воздействие марганец-цинкового феррита было более выраженным, что обусловлено специфическим влиянием марганца на ЦНС. Ингаляционное поступление всех изучаемых ферритов сопровождалось изменениями в функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы, что подтверждалось результатами электрокардиограммы и данными морфологических исследований ткани сердца.

Вдыхание пыли оксиферров вызывало поражение кровяной системы, нарушение нуклеиновых кислот, свободных нуклеотидов и белка в лейкоцитах. Экспериментально получены данные, которые указывают на нарушение содержания тиоловых групп крови. К изменению активности каталазы холинэстеразы крови. Все перечисленные изменения вызваны входящими в состав ферментов металлов, для которых дезорганизация ферментативных систем является проявлением механизма токсического действия ксенобиотиков.

Нами отмечена стойкая гипокальциемия, колебания содержания фосфора и калия в крови. Действия ферритовых соединений сопровождалось неспецифическим гонадо- и эмбриотоксическим действием. Выявлен сенсебилизирующий эффект ферритовых соединений при ингаляционном поступлении в организм животных.

Разработаны методы определения аэрозолей ферритов в атмосферном воздухе, что обеспечит надежную безопасность здоровья населения.

Ермаченко А.Б., Романченко М.П., Курехин А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРИНЦИПЫ ДЕОНТОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Качественной особенностью последнего времени в вопросах организации здравоохранения является правильная оценка роли человеческого фактора. Как показывает опыт работы, в конечном итоге, именно люди определяют эффективность деятельности органов, учреждений здравоохранения и в частности санитарно-эпидемиологической службы.

Основные функции, которые должен выполнять врач санитарно-эпидемиологической службы включают в себя три направления.

Функция контрольная – данное направление в деонтологии является одним из самых трудных, поскольку часто осложняется возникновением конфликтных ситуаций. По мнению психологов возникновение конфликтов является естественным условием взаимоотношений, важно только, чтобы конфликт оставался на профессиональной почве и носил частный характер. Следует подчеркнуть, что разрешение конфликта способствует выработать единые взгляды, подходы к решению конкретной проблемы. Особо надо отметить, что для ликвидации конфликта необходимо разложить его совокупность на элементы, убрать субъективные и незначительные и сосредоточиться на деловых и конкретных вопросах.

Следующий вид деятельности – контрольная функция, различает мягкую и жесткую формы. Мягкая форма контроля – замечания, напоминания, указания, рекомендации, совет. Жесткая форма контроля – требования, давления, угроза применения санкций.

Организационная функция – выполнение организационной функции специалистами санитарно-эпидемиологической службы направлено на решение двух различных вопросов. Первый – организацию работы собственного коллектива. Второй – организацию работы по выполнению санитарно-гигиенических требований, а также организацию работы по установлению зависимости между состоянием окружающей среды и состоянием здоровья населения.

Морально-этические проблемы в деятельности специалистов санитарно-гигиенической службы разработаны недостаточно. Хотя гигиена и сформировалась, как отдельная наука, значительно позже терапевтической медицины. Роль профилактики заболеваний, все принципы общей медицинской этики и деонтологии полностью относятся и к гигиене.

Контроль должен осуществляться в пределах компетенции санитарного врача. Очень важно выполнять функции контроля опираясь на фактические (неоспоримые) данные, не удовлетворяясь словесными объяснениями. Особое значение приобретает фактор гласности результатов контроля, своевременное информирование всех заинтересованных сторон

Ермаченко Т.П., Денисенко А.Ф., Боева И.А., Тищенко А.В., Данилов Ю.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ, КАК МЕТОД АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ

Одной из задач высшей школы является формирование у студентов научного мировоззрения, системы современных профессиональных знаний, а также развитие творческих способностей. Важным

способом развития аналитического и творческого мышления студентов является использование элементов активного обучения. Примером активизации учебного процесса является привлечение студентов к научно-исследовательской работе, которая позволила бы им принимать участие в решении современных проблем нашего региона, используя знания профессиональной патологии.

На кафедре профессиональных болезней университета формирование исследовательских качеств будущего врача происходит в процессе решения лечебно-диагностических проблем, что позволяет подготовить грамотного, творческого специалиста, способного самостоятельно осваивать новые подходы в диагностике и лечении в своей последующей профессиональной деятельности.

Формирование исследовательских и научных навыков у студентов происходит в рамках студенческого научного кружка кафедры профессиональных болезней, действующего в составе студенческого научного общества нашего университета, способствующего активной научной деятельности студентов и помогающего выявить наиболее талантливых и целеустремлённых.

Ведущими направлениями деятельности кружка традиционно являются теоретическое и практическое освоение студентами профессиональной патологии, привитие им навыков научной работы. Члены студенческого научного кружка принимают активное участие в университетских конференциях и олимпиадах. Работать в студенческом научном кружке могут все желающие студенты. Преподаватели кафедры уделяют особое внимание привлечению перспективных студентов к работе по освоению методики, методологии и планированию научных исследований. С этой целью сотрудниками кафедры проводится индивидуальная работа со студентами, проявляющими интерес к занятиям научной деятельностью. Специфической особенностью организации работы научного кружка является общность научных интересов преподавателей и студентов.

Занимаясь в кружке, студенты не только приобретают профессиональные навыки и приобщаются к научно-исследовательской работе, но и получают важные знания в вопросах врачебной этики и деонтологии. Со своей стороны у преподавателей кафедры, и особенно у руководителя кружка, развивается чувство ответственности за профессиональную будущность студентов-кружковцев, которые в дальнейшей профессиональной деятельности постоянно ощущают поддержку кафедры.

Заключительным этапом научно-исследовательской работы является самостоятельное написание тезисов и статей для публикации в материалах ежегодной студенческой научно-практической конференции, проводимой в нашем университете и вузах России, а также подготовка презентаций и выступления с докладом на конференциях.

Чрезвычайно ценным является также опыт публичных выступлений на конференциях, умение отвечать на острые вопросы, участвовать в дискуссиях. Такое выступление, как правило, повышает самооценку будущего специалиста, является основой дальнейшего профессионального роста. Современный врач должен самостоятельно находить новые научные данные, организовывать, исследовать, видеть, теоретически обосновывать и практически решать профессиональные задачи.

Таким образом, формирование научно-исследовательских умений студентов в процессе обучения в медицинском университете способствует активизации научного потенциала студентов, пробуждению и повышению интереса к исследовательской деятельности.

Ермилова М.В., Ермилов Г.И., Ермилов С.Г., Билошапка В.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕТОДЫ СЕДАЦИИ У ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В УРОЛОГИИ

Эпидуральная и субарахноидальная анестезии, а также их комбинация, рассматривается как метод выбора у пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией при операциях на органах малого таза. Седация на фоне регионарного блока снижает компенсацию, поэтому, рационализация интраоперационной седации у пациентов геронтологической группы в урологии является актуальным.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оптимизировать проведение седации мидазоламом пациентам пожилого и старческого возраста, которые оперируются с использованием эпидуральной анестезии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Седация мидазоламом проводилась у 68 пациентов в возрасте от 58 до 80 лет, находившихся на лечении в отделении урологии Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения, которым проводились малоинвазивные урологические операции на органах малого таза (трансуретральная резекция простаты и опухолей мочевого пузыря). В зависимости от возраста, пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли 28 пациентов в возрасте 60-65 лет, во вторую – 30 пациентов в возрасте 65-75 лет и в третью были включены 10 пациентов – 75-80 лет. Всем пациентам проводилась эпидуральная анестезия с использованием 0,5% раствора бупивакаина или 0,75% раствора ропивакаина, в дозе, соответствующей возрасту и конституции пациента. Седацию в течение операции осуществляли болюсным внутривенным введением раствора мидазолама, в дозе соответствующей массе и возрасту пациента. Потенцирование седации проводилось внутривенной инфузией 1% раствора пропофола в дозе 0,02-0,05 мг/кг/час. В течение операции проводили мониторинг ЭГК с подсчетом частоты сердечных сокращений, анализом ритма и ST-сегментов, АД (неинвазивным методом), SpO₂, плетизмограммы и частоты дыхания. Уровень седации оценивался по шкале RAMSAY. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась при помощи программы MedStat.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Проведенная нами интраоперационная седация с использованием только мидазолама показала, что после операции на фоне стабильной гемодинамики и восстановления сознания у пациентов всех групп исследования, отмечалась не только выраженная амнезия и благоприятный эмоциональный фон, но и наличие сонливости, что требовало от анестезиолога динамического наблюдения пациента в послеоперационном периоде. Снижение дозы мидазолама до 0,03-0,06 мг/кг/час во второй группе пациентов, глубина седации по шкале RAMSAY (3-4), способствовало развитию эмоционального комфорта, а иногда и возникновению эйфории, что создавало дискомфорт для работы урологов. Потенцирование седативного эффекта мидазолама (0,03-0,06 мг/кг/час) проводилось инфузией пропофола в дозе 0,02-0,05 мг/кг/час. Проведенное исследование показало, что у 9 (33%) пациентов второй группы использование инфузии пропофола (0,02-0,05 мг/кг/час) создавало благоприятные условия для быстрого пробуждения после операции, а применение мидазолама (0,03-0,06 мг/кг/час) – благоприятный эмоциональный фон и стабильные показатели гемодинамики, на фоне эпидуральной анестезии. У 21 (67%) пациента второй группы при повышении дозы мидазолама до 0,04-0,08 мг/кг/час не требовало дополнительного введения пропофола. У всех 10 (100%) пациентов третьей группы достаточный уровень седации, по шкале RAMSAY (3-4), был обеспечен внутривенной инфузией мидазолама в дозе 0,03-0,05 мг/кг/час без дополнительного введения пропофола. Проведенное исследование показало, что использование для интраоперационной седации мидазолама у возрастных пациентов, на фоне эпидуральной анестезии, является наиболее предпочтительней, поскольку препарат не оказывает отрицательного действия на показатели гемодинамики (АД и ЧСС) и дыхания.

ВЫВОДЫ.

1. Мидазолам является препаратом выбора для проведения интраоперационной седации у пациентов пожилого и старческого возраста при проведении эпидуральной анестезии
2. Доза мидазолама у возрастных пациентов должна рассчитываться не только с учетом массы пациента, но и его возраста.
3. Комплексное использование инфузии низких доз мидазолама и пропофола обеспечивает достаточный уровень седации и быстрое пробуждение пациентов.

Еромянц И.С., Парнас О.В., Косенкова-Дудник Е.А., Селиванова Е.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО ПРОЦЕССОМ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

В 2022-2023 учебном году обучение в университете осуществляется с применением электронных информационно-образовательных технологий. Сотрудниками деканата лечебного факультета № 1

было проведено анонимное онлайн анкетирование, целью которого было изучения уровня удовлетворенности факультета организацией дистанционного обучения.

Анкета включала 19 вопросов, наиболее значимыми были пункты по адаптации, применению дистанционных инструментов, форм работы, преимуществам и недостаткам дистанционного обучения.

Подробная математическая обработка данных была проведена с помощью диаграмм в Google форм.

Респондентами были 602 студента 6 курсов лечебного факультета № 1, из них 181(30,1%) парней, 421 (69,9%) девушек в возрасте от 17 до 22 лет. Согласно данным 54,2% опрошенных используют ноутбуки для дистанционного обучения, 24,4% – персональный компьютер, 20,3% – мобильный телефон.

Обучающие оценили работу преподавательского состава во время дистанционного обучения на отлично (85%), 4,2% – на удовлетворительно и подчеркнули, что не усваивают материал. Большинство студентов (67%) подчеркнули, что учебная нагрузка в целом не изменилась.

В ходе опроса выделены следующие технические проблемы, связанные с обучением с применением электронно-образовательных технологий: необходимость иметь доступ к интернету отметили 50,5% опрошенных, плохая скорость интернета – 63,8%, недостаточное знание ПК – 4,7%.

89% обучающихся своевременно информируются об изменениях в процессе дистанционного обучения, а именно о системе оценивания, отработках и т.д.

Студенты выделили следующие преимущества электронного обучения на данный момент: технологичность процесса обучения – 61%, любой учебный материал остается доступен для скачивания – 50,5%, обучение в привычной и безопасной обстановке – 59,8%, возможность совмещать работу с учебой – 29,6%. Респонденты также подчеркнули важность таких параметров, как: прежде всего, безопасность, индивидуальный темп обучения, возможность повторно посмотреть и скачать учебный материал, дополнительный материал по дисциплине, самообучение.

Дистанционными инструментами необходимыми для обучения обозначены: электронно-информационная образовательная среда (90%), вебинары (70%). Студенты получают и отправляют задания по дисциплинам в информационно-образовательную среду (96%), с помощью мессенджеров Telegram и др (60%), социальных сетей (38,2%), электронной почты (19,1%).

Установлено, что студенты испытывают определенные трудности во время дистанционного обучения и требует постоянной консультативной поддержки, особенно обучающиеся первых курсов, по поводу успеваемости, выполнения практических и тестовых заданий, вопросов индивидуального характера. Правильная организация обратной связи со студентами дает возможность осваивать необходимый учебный материал в полном объеме.

Ершова И.Б., Васендина М.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ, МАТЕРИ КОТОРЫХ ПЕРЕНЕСЛИ ОСТРЫЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Эмоциональное состояние женщины во время беременности, родов и в послеродовом периоде, её контакт с ребенком, а также психологический комфорт в семье являются неотъемлемыми факторами сохранения здоровья матери, формирования соматического и психического здоровья ребенка. Исходя из концепции единства психического и соматического в человеке, ухудшение психологического состояния будущей матери способно оказывать влияние не только на течение, но и исход гестационного процесса, а в дальнейшем на состояние плода и новорожденного. В последние годы внимание ученых, как и врачей практического здравоохранения всё больше занимает вопрос влияния стрессогенных ситуаций во время беременности у женщин, проживающих в Луганской и Донецкой Народных Республиках на состояние здоровья рожденных ими детей. Ведь связь между матерью и ребенком

является одной из наиболее сильных форм человеческой привязанности, которая включает далеко не только социальную и эмоциональную составляющие и конечно не ограничивается ими.

Целью нашей работы стало изучение особенностей раннего неонатального периода у детей, рождённых от матерей, испытавших трудную жизненную ситуацию во время беременности.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 125 детей, которые были разделены на 2 группы: основную и контрольную. Основную группу составили дети (75 новорожденных), матери которых испытали трудную жизненную ситуацию (пребывание в условиях активных боевых действий, смерть в семье, развод, экономические трудности и пр.) во время беременности. В контрольную группу вошли 50 новорожденных детей от матерей, не испытавших психоэмоциональный стресс. Для выполнения поставленных задач все исследования проведены в два этапа. Первый этап включал в себя результаты ретроспективного анализа медицинской документации. На втором этапе проводилось непосредственное сравнительное обследование 125 новорожденных детей.

Результаты и обсуждение. Анализ обменных карт показал, что большинство детей основной группы родились в результате осложненных родов, что явилось итогом патологического течения беременности у матерей, перенесших личностные или ситуационные тревожные факторы. Так, частота хронической внутриутробной гипоксии преобладала у новорожденных в основной группе – 26 детей (21,03%) по сравнению с контрольной (18 (14,09%) детей) ($p < 0,05$). Синдром задержки внутриутробного развития наблюдался у 5 детей из I группы (7,61%), ($p < 0,05$). В то время как в контрольной группе детей с данным синдромом не было. При проведении нейросонографии ишемически-гипоксическое поражение ЦНС в основной группе диагностировалось в 1,8 раз чаще: у 33 детей из основной группы (44,21%) и у 12 из контрольной (24,62%) ($p < 0,05$). Течение периода неонатальной адаптации новорожденных от матерей в трудной жизненной ситуации характеризуется изменениями ЦНС (угнетение у 38 (51,28%) детей, гипервозбудимость – у 29 (38,66%) детей). Синдром дыхательных расстройств и сердечно-сосудистые нарушения постгипоксического характера в 3,6 (9,11%, $p = 0,006$) и в 1,8 раза (28,17%, $p = 0,013$) чаще наблюдался у детей из основной группы соответственно.

Выводы. Данные клинических исследований показали, что стресс матери во время беременности оказывает большое влияние на формирование, развитие плода. Большинство детей основной группы родились в результате осложненных родов, что явилось итогом патологического течения беременности у матерей, перенесших личностные или ситуационные тревожные факторы.

Ершова И.Б., Петренко О.В., Рециков В.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Несмотря на все усилия современной медицины, распространенность хронических болезней органов пищеварения у детей имеет тенденцию к увеличению. Дисфункциональные нарушения, трансформирующиеся в последующем в органические, становятся базисом формирования пищевой сенсибилизации и других аллергических заболеваний. В связи с ранним началом формирования патологии органов пищеварения и «атопического марша» в детском возрасте особое значение приобретают исследования, направленные на изучение патогенетических особенностей, связанных с возрастной иммунологической перестройкой и липидного обмена, как наименее изученного фрагмента метаболизма.

Цель исследования: определение особенностей клинико-метаболических изменений, у детей дошкольного возраста с заболеваниями органов пищеварения на фоне пищевой аллергии.

Материал и методы. Было обследовано 157 детей с пищевой аллергией (ПА), из которых 78 детей с гастроинтестинальной формой (ГИА) и 79 человек с кожной -атопическим дерматитом (АД). У 30 детей – пищевая сенсибилизация отсутствовала. Поражения пищеварительного тракта классифицировались как хронические гастродуодениты (ХГД) (56 чел.), хронические энтериты (ХЭ) (48 чел.),

дисфункциональные расстройства билиарного тракта (ДРБТ) (32 чел.) и дискинезии толстой кишки (ДТК) (21 чел.). Проведены клинические, биохимические, аллергологические исследования.

Результаты исследования. Гиперхолестеринемия выявлялась чаще при воспалительных заболеваниях органов пищеварения на фоне пищевой аллергии, чем у детей с функциональными нарушениями: при ХГД – 30,4%, при ДТК – 9,5%, $p < 0,05$. Наибольшие сдвиги в спектре липопротеидов (ЛП) были обусловлены ЛП очень низкой плотности (ЛПОНП). Повышенный уровень ЛПОНП имел место при ДТК у 71,4% детей, ГИА у 63,6%, ХЭ у 57,1% детей, что существенно чаще по сравнению с пациентами с ХГД (10,5%), АД (27,2%) и патологией органов пищеварения, но без ПА (13,3%), $p < 0,05$ во всех сравниваемых группах. Повышенную концентрацию липопротеина А (ЛП(а)) в сыворотке крови имели 57,1% детей с ДТК. Это было по сравнению с группой с ХГД существенно чаще (у 10,5% детей, $p < 0,001$). Установлено, что наиболее высокий уровень ЛП высокой плотности (ЛПВП) имели дети с ХГД ($39,2 \pm 0,86\%$), АД ($39,1 \pm 1,86\%$), пациенты без ПА ($34,5 \pm 1,04\%$), у которых менее всего и реже встречались атерогенные изменения в крови. При ХЭ, ДРБТ и ДТК средние значения ЛПВП были ниже: соответственно $32,3 \pm 2,59\%$, $32,7 \pm 2,45\%$ и $32,4 \pm 2,09\%$, $p < 0,05$ во всех сравниваемых группах. Аналогично частота выявления повышенных уровней ЛПВП отмечена у большинства детей с ХГД (73,7%), АД (54,5%) и в группе без ПА (53,3%) отличалась от таковой при ХЭ (38,0%, $p < 0,01$), ДТК (28,6%, $p < 0,05$). ГИА сочеталась с высокими значениями ЛПВП в 45,4% случаев. Сниженное содержание ЛПВП (25% и менее) имели дети с патологией кишечника, ДРБТ: от 13,6 до 23,8% случаев. При наличии у детей гастроэнтерологической патологии и ПА активность щелочной фосфатазы была существенно выше, чем при её отсутствии: при АД – $4,22 \pm 0,109$ мккат/л, при ГИА – $4,37 \pm 0,30$ мккат/л, без ПА $3,29 \pm 0,26$ мккат/л, $p < 0,001$, $p < 0,05$.

Выводы. Гиперхолестеринемия чаще выявляется при воспалительных заболеваниях, чем при функциональных нарушениях органов пищеварения, а также при сопутствующей пищевой аллергии, чем без нее. Для детей с хронической патологией пищеварительного тракта на фоне пищевой аллергии характерна гиперхолестеринемия, повышение активности щелочной фосфатазы.

Ершова И.Б., Роговцова А.Г.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО, НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У ДЕВОЧЕК ИЗ СОЦИАЛЬНО-НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ

Актуальность: Одним из первичных факторов стресса, который способствует развитию сначала обратимых, а затем патологических состояний здоровья детей, является влияние социально-неблагоприятной среды.

Научная новизна: Своевременная диагностика ранних нарушений здоровья с учетом индивидуальных особенностей функционального состояния позволила бы предотвратить развитие многих болезней. Такая диагностика должна быть комплексной – учитывать влияние стрессогенных факторов на разные составляющие здоровья ребенка – физическое, нервно-психическое, половое развитие и состояние адаптационных возможностей.

Цель исследования: Изучение особенностей физического, нервно-психического развития и состояния адаптационных возможностей у девочек из социально-неблагополучных семей.

Материалы и методы: было обследовано 30 девочек в возрасте 10-12 лет с малообеспеченных и многодетных семей г. Луганска. Оценка физического развития проводилась методом антропометрии с определением массы, роста, окружности грудной клетки; половое развитие оценивали по половой формуле. Исследование особенностей нервно-психического развития проводилось при помощи адаптационного опросника Айзенка, таблиц Шульце, методики «кратковременная память» и корректурных таблиц Бурдона. Обследованные девочки были разделены на две группы. I – (36,7%) условно здоровые дети, II – (63,3%) дети с проявлениями сомато-психических заболеваний.

Результаты и их обсуждение: В процессе социального исследования, установлено, что 20 девочек (66,7%) живут в неполных семьях. Анализ физического развития показал, что 1/3 девочек имели дисгармоническое развитие, преимущественно за счет высокого роста. Более 30% детей имели сниженную массу и окружность грудной клетки, в сочетании с астеническим строением. Во время психодиагностического обследования практически у всех девочек (90%) была выявлена умеренная экстраверсия, что вместе с эмоциональной лабильностью определило тенденцию к чрезмерной раздражительности, эмоциональным «взрывам» и свидетельствует о нарушении адаптационных возможностей ребенка.

Выводы: у большинства девочек, которые находятся под влиянием социально-неблагоприятных факторов, выявлен синдром дезадаптации. У всех девочек выявлен синдром психоэмоционального напряжения, признаками которого являются повышенная утомляемость психических процессов и низкое психоэмоциональное приспособление к окружающей среде.

Есаулов А.Д., Фабер А.И., Линчевская Л.П., Пищулина С.В., Михайлова Т.И., Кишеня М.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНЕУЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ КАК ОДНОЙ ИЗ ФОРМ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Профессиональная подготовка в медицинском вузе предусматривает единство учебной и внеучебной работы студентов. Внеучебная деятельность является составляющей частью образовательного процесса, подготовки будущих врачей, осуществляется в дополнение к обязательным учебным занятиям и непосредственно связана с ними. От современного выпускника медицинского вуза требуется владение прежде всего универсальными и общепрофессиональными компетенциями. Сущность реализации компетентностного подхода проявляется в общности обучения и внеучебной деятельности.

Одной из форм внеучебной деятельности, максимально способствующей развитию студента как личности, является самостоятельная работа студента.

Для самостоятельной внеаудиторной работы по дисциплине «Патологическая физиология» студенту (СВРС) рекомендуется соответствующая научная и профессиональная монографическая и периодическая литература. Над усвоением материала по патофизиологии студент может работать в библиотеке университета, учебных кабинетах кафедры, а также в домашних условиях (в том числе с использованием информации из интернета). Эта работа проводится в соответствии с заранее составленным графиком, доведенным до сведения студентов в начале каждого текущего семестра.

Содержание СВРС определяется учебной программой дисциплины, методичными материалами, задачами, указаниями преподавателя и обеспечивается системой учебно-методических средств, предусмотренных для изучения учебной дисциплины: учебник, учебные и методические пособия, конспект лекций преподавателя, практикум и тому подобное. Эффективному решению оптимизации обучения студента во время его самостоятельной работы способствует создание кафедрой Web-страницы, на которой представлены календарно-тематические планы лекций и занятий, темы самостоятельной работы, перечень основных и дополнительных литературных источников, отдельные научные статьи для углубления знаний студентов по важнейшим вопросам дисциплины, тексты лекций, ситуационные задачи разного уровня сложности, тестовые задания. Методические материалы для самостоятельной работы студентов предусматривают возможность проведения самоконтроля со стороны студента. Учебный материал дисциплины, предусмотренный рабочим учебным планом для самостоятельной работы, выносится на итоговый контроль наряду с учебным материалом, который прорабатывался при проведении учебных занятий. Информационное обеспечение внеучебной деятельности студентов ориентировано на информационную и методическую поддержку внеучебной деятельности, мониторинг и наблюдение за внеучебной деятельностью.

Во всех случаях проведения СВРС преподаватель должен осуществлять контроль знаний и умений студентов. Сочетание контролирующей деятельности преподавателя с самоконтролем студентов является залогом высокой эффективности самостоятельной работы.

Качественно оценить внеучебную деятельность студентов в рамках компетентностного подхода означает оценить сформированность компетенций студентов, занимающихся внеучебной деятельностью.

Есеноков А.А., Мануковский В.А., Тулупов А.Н., Демко А.Е., Гаврищук Я.В., Бесаев Г.М., Кажанов И.В., Перегудов С.И., Багдасарьянц В.Г., Рutowич Н.В.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОТСЛОЙКИ КОЖИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Целью работы являются разработка алгоритма лечения травматической отслойки кожи у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Материалы и методы. Анализируются результаты лечения 96 пациентов (мужчин – 61, женщин – 38) в возрасте от 18 до 60 лет с политравмой и травматической отслойкой кожи. Тяжесть повреждения по шкале ISS составила $23,6 \pm 7,1$ баллов. Отслойка кожи имела место в области нижних конечностей у 79, таза – у 10, верхних конечностей – у 7 пострадавших. Ограниченная отслойка кожи (до 200 см²) диагностирована у 52 пациентов, обширная – у 44. Результаты. Первичную хирургическую обработку ран без кровотечения и обширного загрязнения тканей производили в отсроченном порядке в течение первых суток после устранения последствий жизнеугрожающих и доминирующих повреждений и стабилизации витальных функций. Пострадавших с продолжающимся кровотечением в области отслойки оперировали в неотложном порядке. До выведения из шока при отсутствии признаков такого кровотечения использовали тугое бинтование и другие способы временной компрессии. При ограниченных по площади (до 200 см²) отслойках без сопутствующих переломов костей травмированной области производили небольшой разрез по нижнему краю отслоенного лоскута и капитонаж полости с ее дренированием. При наличии переломов костей поврежденный сегмент фиксировали аппаратом внешней фиксации с последующей хирургической обработкой и дренированием зоны отслойки. При обширных отслойках (более 200 см²) выполняли пластику по В.К.Красовитову. Кожный лоскут по границе с неповрежденными тканями частично отсекали. Проводили хирургическую обработку раневой поверхности с удалением инородных тел, подкожной жировой клетчатки, нежизнеспособных участков фасций, мышц, а также свободно лежащих костных отломков, производили гемостаз. Лоскут перфорировали аппаратным или ручным способом и фиксировали швами. Травмированный сегмент конечности даже при отсутствии переломов костей иммобилизировали аппаратом внешней фиксации. При травматической отслойке тканей в области туловища вне зависимости от площади выполняли дренирование ран. При открытых повреждениях в сочетании с тяжелыми ушибами, как правило, наступал краевой некроз свободного края лоскута кожи. Средний срок стационарного лечения составил $32,6 \pm 13,5$ суток. У 9 из 44 пострадавших с обширной отслойкой кожи нижних конечностей развился некроз кожного лоскута. Умерших по причине некроза или нагноения мягких тканей в области отслойки кожи не было. Выводы. При политравме и ограниченной отслойке кожи целесообразно проведение капитонажа полости с ее дренированием, при обширной отслойке – аутодермопластики по В.К.Красовитову.

Жаркин Н.А., Мирошников А.Е., Шатилова Ю.А.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ДЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МАТКИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Акушерские кровотечения являются основной причиной материнской заболеваемости и смертности во всем мире. По данным отчетов за 2015-2020 гг в Волгоградской области акушерские кровотечения едва не привели к фатальному исходу 28,8% всех критических состояний. В Клиническом родильном доме № 2 г. Волгограда за последние 10 лет все случаи кровотечения, вызвавшие необходимость применения хирургического этапа его остановки, ассоциированы с кесаревым сечением.

Цель исследования: Оценить эффективность метода деваскуляризации матки в борьбе с акушерским кровотечением во время кесарева сечения.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования – нерандомизированное проспективное, «случай-контроль». Были проанализированы 173 случая акушерских кровотечений в ГУЗ «Клинический родильный дом № 2» города Волгограда за период 2010-2022 гг., потребовавших хирургического метода гемостаза. Деваскуляризация матки (лигирование сосудистых пучков матки в двух уровнях с двух сторон) применена в 126 случаях (72,8%), компрессионные швы по В-Linch или Pereuga – в 35 (20,2%), комбинация деваскуляризации с компрессионными швами – в 7 (4%), перевязка внутренних подвздошных артерий – в 3 (1,7%), гистерэктомия – в 15 (8,7%) случаях.

Результаты. Наиболее эффективным и доступным хирургическим методом интраоперационной остановки акушерских кровотечений, по нашему мнению, является деваскуляризация матки. Механизм действия ее основан на временной ишемизации матки, что способствует освобождению сосудистой системы органа от излишней крови, накопившейся во время гипотонического состояния и быстрому сокращению матки. Восстановление кровотока в сосудах матки обеспечивается ослаблением гемостатических швов за счет инволюции матки. Применение этого метода было эффективным в 96,1% случаев. Применение компрессионных швов на матку в 6 случаях из 35 избежать радикальной операции не удалось (эффективность 82,9%). Все три эпизода перевязки а. iliaca interna были эффективны. Но из-за сложности применения этой операция она не может конкурировать с деваскуляризацией матки. В случаях реализации высокого риска кровотечения при некоторых акушерских осложнениях (многоводие, многоплодная беременность, эссенциальная коагулопатия, миомэктомия при кесаревом сечении) была проведена профилактическая деваскуляризация матки. Таких операций было 24. Ни у одной из этих пациенток кровотечение не возникло. После деваскуляризации в отдаленном периоде у 4 пациенток наступила беременность, которая успешно закончилась плановым кесаревым сечением в двух случаях, у остальных 2 – абортами по желанию.

Закключение. Хирургический этап остановки кровотечения целесообразно начинать с деваскуляризации матки. Данный метод имеет высокий процент эффективности за счет быстрого сокращения матки. Для профилактики технических ошибок при выполнении операции необходим ежеквартальный тренинг.

Жаркина Е.А., Калашикова С.А

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПСИХОТИПОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Введение. По оценкам ВОЗ, миллионы людей в мире имеют психические расстройства, а каждый четвертый человек сталкивается с ними в течение жизни. [1]. За последние 20 лет результаты научных исследований в области поведенческой медицины подтвердили существование фундаментальной взаимосвязи между

психическим и физическим здоровьем. Предполагается, что психотипологическая характеристика связана с соматотипом человека [2, 3]. В настоящее время в анатомии отмечается рост исследований антропологического направления, изучающих конституциональные особенности тела человека в различные возрастные периоды. Однако, на сегодняшний день в литературе отсутствуют данные о взаимосвязи конституциональных особенностей человека и степени выраженности тревожности, что обуславливает актуальность данной работы.

Цель. Изучить взаимосвязь гиперстенического и астенического типа телосложения с уровнем выраженности тревожности.

Материал и методы. Проведено проспективное контролируемое исследование: включено 200 человек от 17 до 22 лет. Средний возраст составил $18,8 \pm 1,2$ года. В работе были использованы опросники Спилберга, соматотипологические характеристики были исследованы по методу Черноуцко-го, с использованием индекса Пинье. Критерий исключения составил факт приёма психоактивных веществ и наблюдения у психиатра. Произведен анализ влияния гиперстенического и астенического типов телосложения на проявление выраженности тревожности у лиц юношеского возраста.

Результаты.

1. Среди обследуемых, астенический тип телосложения составил 38%.
2. Среди астеников зафиксирован общий высокий фон тревожности, с незначительным преобладанием ситуативного компонента.
3. В зависимости от астенического типа телосложения уровень ситуативной тревожности распределен следующим образом: высокий уровень в 63% случаев; умеренный уровень – 37%; низкий уровень не зафиксирован.
4. В зависимости от астенического типа телосложения уровень личностной тревожности распределен следующим образом: высокий уровень отмечался в 53% случаев; умеренный уровень – 35%; низкий уровень 12%.
5. Среди обследуемых, гиперстенический тип телосложения составил 26%.
6. Среди гиперстеников зафиксирован общий умеренный фон тревожности, с незначительным преобладанием личностного компонента.
7. В зависимости от гиперстенического типа телосложения уровень личностной тревожности распределен следующим образом: высокий уровень в 25% случаев; умеренный уровень – 35%; низкий уровень 40%.
8. В зависимости от гиперстенического типа телосложения уровень ситуативной тревожности распределен следующим образом: высокий уровень отмечался в 23% случаев; умеренный уровень – 35%; низкий уровень 42%.

Выводы.

Более низкие показатели общего фона тревожности наблюдаются среди лиц с гиперстеническим типом телосложения. Также, у гиперстеников было зафиксировано преобладание личностного компонента тревожности, а у астеников – ситуативного. Общий уровень тревожности у лиц астенического типа телосложения был зафиксирован на высоких показателях, что говорит о склонности данного конституционального типа к тревожности, а лица гиперстенического типа обладают более стрессоустойчивым характером.

Литература.

1. Евстифеева С.Е., Шальнова С.А. Деев А.Д., Гатагоноваз Т.М., Дупляков Д.В. . Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами // терапевтический архив 12, 2014
2. Кашапов Ф.Ф. Особенности биологии миндалевидного комплекса при тревоге и агрессивности// Эпоха науки № 10 – Июнь 2017 г.
3. Kukes V.G., Nikolenko V.N., Pavlov C.S., Zharikova T.S., Marinin V.F., Gridin L.A. The correlation of somatotype of person with the development and course of various diseases: results of Russian research Russian Open Medical Journal 2018. Volume 7. Issue 3.

Жданова Е.В., Еромяц И.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЗНАЧЕНИЕ ЭПОНИМОВ КАК ИСТОЧНИКА ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОЙ ВАРИАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

В профессиональном языке медицины эпонимы занимают важное культурно-историческое место. В контексте медицинской терминологии эпонимы – это любой симптом, процедура, заболевание и способ диагностики, носящий имя своего автора (в редких случаях – имя первого пациента), например, болезнь Боткина, парестезия Бергера, палочка Коха, синдром Диогена (синдром старческого убожества). В базовой медицинской терминологии доля эпонимов составляет 10-12%. При этом использование эпонимов – вопрос неоднозначный. «За» их использование выступают такие авторы, как Т. В. Тритенко, Е. А. Зюзина, Джудит А. Витворт. В своих работах они приводят ряд аргументов в защиту эпонимов: во-первых, выделяют их краткость и универсальность, а также их интернациональность – при переводе термина на другой язык его вид гарантированно не будет искажен. Во-вторых, отмечается их культурно-историческое значение – они увековечивают имена ученых и врачей, продвигавшим медицину благодаря своим открытиям.

Эпонимы могут классифицироваться по способу образования на производные и непроизводные. Одна из классификаций эпонимов – это производные от имени врача или ученого, значительно превосходит категорию, которая «носит имя» пациента. Только 4% эпонимов происходят от имени пациента. Интересно отметить, что эти эпонимы все находятся в одной семантической группе т.е. все они обозначают факторы коагуляции. Вторая классификация эпонимов проводится в зависимости от пола лица, предложившего имя. Согласно этому анализу, 3 процента эпонимов названы в честь женщины.

С другой стороны, многие ученые высказываются против эпонимов в медицинской терминологии. Они отмечают, что, несмотря на их краткость, эпонимические термины не отражают сути явления, которое называют, а также что они не всегда являются отражением открытий. Как правило, эпоним указывает только на одного человека, тогда как научное открытие – результат работы многих. Эпонимы всегда являлись «наградой» для тех, кто был более значимой фигурой в научных кругах, вне зависимости от истинной их роли в работе над открытием. Стоит отметить, что, несмотря на вышеупомянутую интернациональность, многие болезни имеют различные эпонимы в разных странах. Так, например, «гигантоклеточный артериит» известен в России как «синдром Хортон-Магата-Брауна», а в Германии – как «Morbus Horton», во Франции – «maladie de Horton», но, хотя и Хортон, и Магат, и Браун – американские врачи, в США этот эпоним не употребляется вообще.

Еще одним недостатком эпонимов является то, что они могут вводить в заблуждение. Такие термины «клетка Пуркинье» и «волокно Пуркинье» даже не обозначают родственных понятий, не говоря уже об одном и том же понятии. В то время как, с другой стороны, болезнь Грейвса, Базедова болезнь относятся к одному и тому же понятию, хотя на первый взгляд разумно предположить, что они обозначают разные состояния. Болезнь может иметь более одного эпонима. Не существует единого решения относительно того, должен ли одноименный вариант быть предпочтительным термином в определенном терминологическом ресурсе или в медицинском дискурсе. Не следует забывать об очень значительном разнообразии медицинского дискурса – общении между врачом и пациентом, в котором использование незнакомого пациенту варианта термина, хотя и описательного, и точного, будет только препятствовать эффективному общению и создаст большой разрыв между пациентами и медицинской информацией, на которую они имеют право. Таким образом, как и в любом другом случае в области терминологии, использование эпонимов и их неэпонимичных аналогов зависит от контекста.

Несмотря на неоднозначную природу использования эпонимов в медицине имеет большое значение как часть языка и истории медицины.

Жданова И.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО» В ПЕРИОД САМОИДЕНТИФИКАЦИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Издательская научно-образовательная деятельность – это общепризнанный индикатор научной продуктивности образовательных учреждений. Важность публикаций для образовательного процесса значительна. Качественные публикации вуза подтверждают уровень профессорско-преподавательского состава Университета. По сути, публикационный процесс в образовательной деятельности имеет прямое отношение к уровню подготовки специалистов. От публикационной активности каждого сотрудника ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО зависит суммарный показатель научно-публикационной активности вуза.

Сегодня вузовская библиотека, являясь одним из ключевых звеньев в информационном обеспечении процесса образования, большое внимание уделяет современным формам накопления и представления информации. Выполнение задач, стоящих перед библиотекой, в полной мере зависит от интеграции и координации ее деятельности с факультетами, кафедрами, научными подразделениями, отделами и службами. С другой стороны, от эффективности деятельности библиотеки, состояния ее ресурсной базы, разнообразия библиотечных продуктов и услуг напрямую зависит полноценное функционирование всех структур вуза, и, как следствие этого – качество образовательных услуг.

Одной из задач Библиотеки ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО всегда была задача отслеживания публикаций трудов профессорско-преподавательского состава.

Сейчас, как никогда остро стоит задача активизации публикационной активности сотрудников нашего Университета. Отличительной особенностью этапа развития образования в период самоидентификации Донецкой Народной Республики является поиск оптимальных путей вхождения в российское пространство науки и образования в соответствии с системой координат и показателей.

Вузовская библиотека как полноценный участник научных и образовательных процессов решает ряд актуальных задач, соответствующих требованиям современной науки и образования, среди которых мониторинг издательской активности профессорско-преподавательского состава Университета, а также хранение, продвижение, популяризация и доступ пользователей к изданиям. Подводя итоги 2022 года по издательской деятельности Университета, будет издан «Библиографический указатель печатных работ профессорско-преподавательского состава ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (2015-2022 год)».

Железная А.А., Ласачко С.А., Гончарова В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ГИПЕРПАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ

Актуальность: Гиперплазия эндометрия представляет чрезвычайно важную, сложную и многогранную проблему в практической гинекологии. Неослабевающий интерес к ней определяется тенденцией гиперплазии эндометрия к длительному, рецидивирующему течению, отсутствием специфических, патогномичных симптомов, сложностью дифференциальной диагностики и выбора методов лечения. Кроме того, данная патология относится к числу пролиферативных процессов и при длительном течении без лечения может явиться фоном для развития рака эндометрия. Также гиперплазия эндометрия является одной из самых частых причин маточных кровотечений и госпитализаций в стационар. В настоящее время имеется широкий выбор препаратов для лечения гиперпла-

стических процессов эндометрия. К ним относятся прогестины, комбинированные оральные контрацептивы (КОК), антигонадотропные препараты, агонисты гонадолиберина.

Целью исследования является изучение эффективности КОК и прогестагенов для профилактики рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия.

Материал и методы: В исследование было включено 100 пациенток в возрасте от 41 до 45 лет с рецидивирующей гиперплазией эндометрия в анамнезе. Средний возраст обследуемых составил $43,1 \pm 1,05$ года. В структуре нарушений менструального цикла в анамнезе доминировала олигоменорея, чередующаяся с менометроррагиями у 63,9% больных, у 30 (27,8%) пациенток отмечались меноррагии, а у 4,6% – олигоменорея, в то время как у 3,7% женщин клинических проявлений гиперплазии эндометрия не наблюдалось. У всех пациенток в анамнезе имелись повторные диагностические выскабливания стенок полости матки. Среднее число ранее произведенных диагностических выскабливаний составило $4,2 \pm 0,1$. Результаты последнего гистологического исследования выглядели следующим образом: из 100 пациенток у 65 была диагностирована простая гиперплазия эндометрия без атипии, у 35 – сложная гиперплазия эндометрия без атипии. 52 пациентки получали лечение прогестагенами, у 48 пациенток – КОК в пролонгированном режиме в течение 6 месяцев в стандартных дозах. Всем пациенткам были выполнены трансвагинальное ультразвуковое сканирование, гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием и последующим гистологическим исследованием соскобов эндометрия и цервикального канала. Показанием к проведению внутриматочного вмешательства являлось наличие рецидива гиперплазии эндометрия в анамнезе и необходимость морфологического контроля через 6 месяцев лечения. Выявлено, что через 6 месяцев применения КОК морфологические признаки гиперплазии эндометрия отсутствовали у 42 (87,5%) пациенток, при этом у 6 (12,5%) женщин определялись очаги гиперплазированного эндометрия. Выявлено, что у 40 (76,9%) больных с гиперплазией эндометрия через 6 месяцев применения гормональной терапии прогестагенами морфологические признаки гиперплазии эндометрия отсутствовали, у 12 (23,1%) сохранялись очаги гиперплазированного эндометрия.

Выводы:

Таким образом, результаты, полученные в ходе исследования, позволяют считать научно обоснованным применение КОК и прогестагенов в качестве средств для профилактики рецидивирования гиперплазии эндометрия у женщин, однако, тем не менее, остается высоким процент рецидивов, что делает актуальным поиск более эффективных методов лечения и профилактики гиперплазии эндометрия.

Железня А.А., Трубникова И.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Миома матки является одним из распространенных доброкачественных заболеваний женской половой сферы. Диагностика миомы во время беременности вызывает определенные трудности. При этом, если при малых размерах миомы матки течение беременности не осложнено, то при больших размерах узлов возрастает риск акушерской и перинатальной патологии. Частота самопроизвольных абортов значительно выше у беременных с миомой по сравнению с беременными без такой патологии. Локализация миомы также имеет определенное значение. Ранний самоаборт чаще встречается у женщин с миомами, локализованными в теле матки, чем в нижнем сегменте матки и у женщин с интрамуральными или подслизистыми миомами. Кровотечения на ранних сроках беременности встречаются значительно чаще, если плацента прикрепляется близко к миоме, по сравнению с беременностями, при которых нет контакта между плацентой и миомой. Согласно литературным данным у беременных с миомой значительно повышается риск преждевременных родов, чем у женщин без миомы.

Тактика ведения беременных с миомой матки зависит от локализации, размеров, темпа и характера роста миоматозных узлов, клинико-морфологического варианта опухоли, возраста пациентки, состояния её репродуктивной системы, гормонального статуса и ряда других факторов.

Цель. Изучить особенности течения беременности и родов у беременных с миомой матки.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ историй беременности и родов 42 пациенток в возрасте 23-37 лет с миомой матки.

Результаты. У 23 (54,8%) беременных миома матки была диагностирована в первом триместре, у 9 (21,4%) – во втором триместре, у 1 (2,4%) – в третьем триместре беременности, а в 9 (21,4%) случаях миома была диагностирована во время операции кесарево сечение. Данные роды были первыми у подавляющего большинства женщин – 39 (92,9%) случаев.

Единичные миомы встречались в 32 (76,2%) случаях, множественные миомы – в 10 (23,8%) случаях.

Важно отметить, что у большинства женщин осложнения были во II-III триместре беременности, но не исключено возникновение осложнений и в I триместре. Так, ранний токсикоз был у 18 (42,9%) беременных. Угрожающий аборт у 12 (28,6%), истмико-цервикальная недостаточность у 11 (26,2%). Хроническая фетоплацентарная недостаточность у 14 (33,3%), синдром задержки плода у 14 (33,3%), низкая плацентация у 12 (29,6%), многоводие у 13 (31%), маловодие у 6 (14,3%). Преэклампсия средней степени у 10 (23,8%). Каждая третья беременная жаловалась на слабость, головную боль, у каждой второй были симптомы астено-невротического симптома, у 20 (47,6%) нервно-психическая депрессия. Роды преждевременные отмечались у 17 (40,5%).

Выводы. Таким образом, беременность на фоне миомы матки протекает с различными осложнениями на всех сроках гестации, что требует тщательной подготовки пациенток на этапе планирования беременности и серьезного наблюдения во время гестации.

Жемойтяк В.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ НА ПРОЦЕССЫ ДЕПОНИРОВАНИЕ ЖЕЛЕЗА

Ферритин – убикватный – присущий у всего живого белок, служащий резервуаром для железа. Почти весь ферритин, находящийся в организме человека, является внутриклеточным и только совсем небольшое его количество циркулирует в крови. Любое количество железа, которое не может быть немедленно утилизировано, депонируется в молекулах ферритина. Содержание сывороточного ферритина (СФ) находится в прямой корреляции с резервом железа в организме, а уменьшение его запасов в системе макрофогов-моноцитов является единственной причиной низкой концентрации СФ. При воспалительных заболеваниях образуются короткоживущие радикалы, способные оказывать влияние на клеточный гемостаз железа, способствуя повышенному синтезу ферритина. Внутри абсорбтивного энтероцита железо может быть депонировано как ферритин. Он может удаляться (отшелушиваться) вместе со старыми клетками и экскретироваться через желудочно-кишечный тракт. Содержание СФ отражает, как количество депонированного в организме железа, так и активность воспалительного процесса. Известно, что ферритин обладает про- и антиоксидантными свойствами, влияет на клеточную пролиферацию.

Цель – установление возможной причинно-следственной связи между депонированием железа и лечением хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) у детей.

Методы исследования. Проанализирована 81 медицинская карта стационарных пациентов, прошедших обследование в гастроэнтерологическом отделении УЗ «ГОДКБ». Их возраст варьировал от 5 до 15 лет. Никто из пациентов препараты железа не принимал. Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ StatisticaforWindows v. 7.0. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследований. За время нахождения в стационаре у 81 ребенка уровень сывороточного ферритина (СФ) был определен дважды – с интервалом в две недели. Дети, у которых уровень СФ за время наблюдения увеличился, составили I группу (n=49), а те, у кого он уменьшился – II группу (n=32). Сравнение исходной концентрации СФ в подгруппах показало, что у больных I группы он был достоверно ниже, чем во II (26,3±3,2 мкг/л и 77,7±16,4 мкг/л соответственно, p<0,05). Перед выпиской из стационара СФ в группах достоверно не отличался (54,3±12,6 мкг/л в I и 33,2±4,4 мкг/л во II подгруппе). Распределение больных в группах по стадиям заболевания показало, что в процессе лечения для больных с ХГДП, госпитализированных в стационар в стадии обострения, было характерно снижение концентрации СФ, а для поступивших в стадии ремиссии – его увеличение.

В зависимости от инфицированности *Helicobacter pylori* (Hр) все больные были разделены на две группы: I гр. составили дети с положительным результатом пробы на Hр – 32 ребенка, а II – больные с отрицательной пробой на Hр – 18 детей. Уровень СФ в I гр. был значительно выше, чем во II и составил 145,1±4,2 мкг/мл против 61,7±7,1 мкг/л соответственно (p<0,05). В стадии ремиссии в этой же группе детей с хеликобактерассоциированной гастродуоденальной патологией уровень СФ был достоверно ниже, чем во II гр. (p<0,05). Это свидетельствует о значительной роли Hр в накоплении и потере железа при ХГДП у детей.

Таким образом, установленные особенности изменений уровня СФ в динамике указывают на саморегуляцию по поддержанию достаточного количества депонированного железа в организме и позволяют судить о стадии заболевания. Для Hр-ассоциированной ХГДП характерно более высокое содержание СФ при обострении и более выраженное снижение в ремиссии.

Животоцук В.С., Бунтин С.Е., Матонин Ю.П., Зинчук Т.В., Жарков И.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Пенза
ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г.А. Захарьина», г. Пенза
ГБУЗ «Городская поликлиника» г. Пенза

ИНТЕГРАЛЬНАЯ КВЧ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВЫХ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ

Проблема лечения болевых миофасциальных синдромов является весьма актуальной не только потому, что они широко распространены среди населения среднего возраста и составляют до 63,4% от числа обратившихся за лечением, но и тем, что раз возникши, они у большинства больных рецидивируют в более тяжелом варианте клинических проявлений.

В последнее время широкое распространение в лечении этого недуга приобрела современная физиотерапия с использованием аппаратов квантовой физиотерапии и КВЧ-терапии.

Нами проведено исследование и лечение 45 больных с болевым миофасциальным синдромом мышц грудной клетки. Больные обоего пола были в возрасте от 30 до 54 лет. Стаж заболевания у всех больных был от 3 до 7 лет. 18 больных (40%) поступили на лечение впервые, 27 больных (60%) – повторно; 23 больных (51%) обращались за лечением от 3 до 9 раз, каждый раз выписываясь из стационара с временным улучшением. Все больные были разбиты на три равновеликие группы по 15 человек. Больным первой группы проводили традиционное лечение с использованием общепринятой фармакотерапии и квантовой физиотерапии, кроме аппаратов КВЧ-терапии. Больным второй группы проводили лечение аппаратом КВЧ-терапии «Аист-2» с длиной волны 5,6мм. Больным третьей группы проводили лечение аппаратом последнего поколения «Аист-3», оснащенный терминалом-«Сумматором» одномоментной интегральной КВЧ-терапии с длиной волн 4,9 мм; 5,6 мм; 7,1 мм (патент № 2159605). Кроме того, этим больным перед сеансом КВЧ-терапии стерильной акупунктурной иглой проводили локальные проколы триггерных зон (от 1 до 3) в поле КВЧ-облучения. На сеанс лечения обычно брали не более 3-х зон с наиболее выраженными болевыми синдромами, обнаруженными при поисковой прессации пострадавших мышц.

Полученные результаты показали, что у больных первой группы эффективность лечения к 5 дню начатого курса составила 27%. К выписке – 62% в виде улучшения, с частичным рецидивом и прогрессирующей заболеванием через 6 недель (у 36,6% больных). У больных второй группы к 5 дню сеанса КВЧ-терапии эффективность лечения составила 42,8%, к выписке – 76,3%. Рецидив заболевания возникал, в среднем, через 6-8 недель у 21,3% больных.

У больных третьей группы болевой синдром купировался в зоне комбинированного облучения почти полностью на 2-3 день лечения. Это составило в общей популяции обследованных до 97,7%. При этом, общее количество сеансов КВЧ-терапии удалось сократить на 43,6% как и сроки лечения в стационаре. Ни в одном из наблюдений в этой группе обследованных осложнений не наблюдалось. У части из них уже в ходе первого лечебного сеанса боль проходила полностью, у больных восстанавливался объем движений без ограничения и боли в мышцах.

Можно полагать, что такой комбинированный подход к лечению болевых миофасциальных синдромов с помощью аппарата современной интегральной КВЧ-терапии позволяет быстро блокировать болевую реакцию в триггерных зонах за счет пункции мышц в зоне тензорного напряжения и локального отека. Последующее электромагнитное облучение зоны интегральным сумматором КВЧ-излучения позволяет активизировать обмен в ишемизированной зоне триггерного напряжения, восстанавливая гомеостаз и включая ранее заблокированный мышечный комплекс в привычную моторику. Одномоментное облучение зоны поражения терминалом-сумматором КВЧ-терапии с тремя видами частот позволяет в целом в три раза сократить количество сеансов КВЧ-терапии, за счет исключения необходимости подбора и апробации всего спектра КВЧ-излучения в курсовом лечении этим видом физиотерапевтического воздействия.

Жигулин Р.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СПЕЦИФИКА ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

Актуальность исследования. С инфарктом миокарда сталкиваются преимущественно лица среднего и пожилого возраста, но все чаще заболевание встречается у лиц моложе 45 лет, что, видимо, связано с современными изменениями образа жизни. В группе повышенного риска раннего возникновения инфаркта миокарда находятся молодые мужчины-курильщики, лица с наследственной предрасположенностью к раннему развитию сердечно-сосудистой патологии. Важно учесть риск развития осложнений, например, сердечной недостаточности. Однако, у молодых пациентов риск ее развития минимален.

Цель исследования. Определить причины возникновения и проанализировать течение инфаркта миокарда у молодых пациентов.

Материалы и методы. Были использованы следующие источники: Суворов А. В. «Клиническая электрокардиография»; Фомина И. Г. «Нарушения сердечного ритма»; Окороков А.Н. «Диагностика болезней внутренних органов»; Мартынов А.Ю., Диане М.Л., Байрамов С. «Инфаркт миокарда у молодого мужчины со специфическими факторами риска ишемической болезни сердца, длительно занимавшегося бодибилдингом». Были проанализированы истории болезней 21 пациента, находившихся в кардиологическом отделении с диагнозом инфаркт миокарда.

Результаты исследования. 10 пациентов – молодые мужчины (средний возраст 40), 11 – лица среднего возраста (49), в том числе – 1 женщина. Среди них 38% работали в условиях повышенной стрессорной нагрузки, 14% были безработными. В 14 случаях (66%) не было предшествующего анамнеза ИБС, у 4 (19%) – инфаркт миокарда был повторным, 3 (11%) отмечали стенокардию в анамнезе. Среди факторов риска ведущее значение (в 86%) имела артериальная гипертензия (АГ). В 71% выявлено нарушение жирового обмена, курение – у 54%, на отягощенную наследственность указывали только 18%. Сопутствующая патология была представлена патологией желудочно-кишечного тракта (19%), остеохондрозом (14%), ХОБЛ (14%). Развитию инфаркта миокарда в 38% предшествовал

гипертонический криз, в 11% – употребление спиртного, в 10%- активная физическая нагрузка. У всех пациентов отмечено наличие типичного коронарного болевого синдрома, у 74% – резорбционно-некротического синдрома.

Выводы. В группу риска раннего развития инфаркта миокарда относятся курящие мужчины, страдающие АГ, имеющие нарушение жирового обмена и гиперхолестеринемию, профессиональные условия с воздействием стрессорных факторов. У данных пациентов, несмотря на молодой возраст, развивается атеросклеротическое поражение сосудов, что клинически может проявиться инфарктом миокарда. Профилактика заболевания у предоставленной категории больных – медикаментозная и немедикаментозная коррекция артериальной гипертензии для профилактики гипертонических кризов, раннее обнаружение сердечно-сосудистых патологий (УЗИ сердца и сосудов, ЭКГ), недопущение развития атеросклероза.

Жидких Т.Н., Максимова М.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КЕЙС-МЕТОД В ПРАКТИКЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В настоящее время многие преподаватели образовательных организаций различного уровня пришли к выводу, что одна из самых больших проблем отечественного образования – чрезмерный акцент на теоретическом материале. Студенты в ходе обучения «впитывают» в себя огромное количество теоретических знаний, однако применить их в практической деятельности зачастую бывает очень сложно. Теория есть, а практики нет. Особенно актуальной эта проблема является для медицинского образования, где профессиональное поведение (компетенция) играет решающую роль в деятельности будущего специалиста. Проанализировав отечественный и международный опыт, мы пришли к выводу, что в ведущих университетах с мировым именем основным способом формирования компетенция специалиста является использование технологии кейсов. Этот метод обучения приобрёл широкую популярность в преподавании многих дисциплин и в нашем университете. Кейс-метод широко используется для обучения студентов, ординаторов, врачей-слушателей циклов повышения квалификации и профессиональной подготовки различных специальностей.

Кейс-метод – это технология обучения, которая представляет собой анализ конкретной жизненной ситуации. При использовании анализа конкретных ситуаций возможно наиболее эффективно достигать в учебном процессе следующих целей: развивать аналитическое и критическое мышление; соединять теорию с практической деятельностью; прививать практические навыки работы с информацией; развивать навыки принятия профессиональных решений; расширять коммуникативную компетентность; формировать способности выбора оптимальных вариантов эффективного взаимодействия с людьми.

В кейсе-решении ситуационной задачи требуется не только описать событие, но и сформулировать проблему, рассмотреть различные варианты её решения, выявить причины, прогнозировать последствия. Для решения кейсов мы предлагаем обучающимся поразмышлять, какую проблему хочется рассмотреть, подобрать фрагмент художественного произведения; описать ситуацию. Затем подготовить вопросы, проанализировать различные аспекты ситуации; выявить причинно-следственные связи; предложить альтернативные способы решения проблемы; сформулировать выводы и представить граф.

Особое положение в использовании кейс-метода занимает дискуссия. Неготовность студентов к дискутированию может привести к процессу «вытягивания» обучающимся информации у педагога, а не самостоятельному поиску информации. Выход на дискуссию говорит о том, что обучающиеся владеют некоторой степенью самостоятельной мыслительной деятельности, умеют аргументировать, отстаивать свою точку зрения. Главная задача педагога-руководителя – привлечь к участию в дискуссии всех студентов, заслушивать аргументы «За» и «Против», объяснения к аргументам, а также контролировать процесс и направление дискуссии.

Представление результатов анализа кейса, выступает очень важным аспектом кейс-метода. Умение публично представить интеллектуальный продукт, хорошо его рекламировать, показать его достоинства и возможные направления эффективного использования, является очень ценным интегральным качеством современного специалиста. Презентация оттачивает многие глубинные качества личности: волю, убежденность, целенаправленность, достоинство и т.п.; она вырабатывает навыки публичного общения, формирования своего собственного имиджа.

Таким образом, кейс-метод вырабатывает умение решать профессиональные ситуации с учетом конкретных условий и фактического материала, формирует способность к проведению анализа и диагностики проблем, умение в процессе общения отстаивать свою позицию, анализировать поступающую информацию, мыслить творчески, выбирать оптимальное решение путем рассмотрения нескольких альтернативных вариантов.

Жилицын Е.В., Штутин А.А., Жилицына Я.Ю.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА «МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ» ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Повреждения позвоночного столба у детей относятся к числу распространенных травм, численность которых постоянно возрастает. Согласно классификации F. Denis (1983), выделяют «большие» и «малые» повреждения позвоночника. К категории «малых» повреждений относятся ушибы позвонков, повреждения связочного аппарата без нарушения стабильности позвоночно-двигательного сегмента, переломы отростков позвонков. При этом исследователи уделяют преимущественное внимание проблеме «больших» повреждений, а вопросы диагностики и лечения «малых» повреждений привлекают существенно меньшее внимание. Если диагностика переломов отростков позвонков основывается преимущественно на данных рентгенологического исследования, то стандарты выявления повреждений связок позвоночного столба до настоящего времени не разработаны. Спиральная компьютерная томография (СКТ) рассматривается в качестве «золотого стандарта» диагностики всех категорий повреждения позвоночного столба, а магнитно-резонансная томография (МРТ) представляется в виде опции, наиболее информативной именно для диагностики повреждений мягкотканых структур. Публикации о диагностических возможностях ультразвуковой диагностики «малых» повреждений носят единичный характер.

Цель исследования: оценить диагностические возможности ультразвуковой диагностики «малых» повреждений позвоночного столба у детей в динамике лечения.

Материал и методы. Проведен анализ материалов обследования 47 детей с «малыми» повреждениями позвоночного столба. Мальчиков было 29, девочек – 18. Средний возраст пациентов $12,7 \pm 3,4$ года (от 6 до 17 лет). Переломы поперечных отростков выявлены у 9 пострадавших, остистых – 5, повреждения надостистой и межостистой связки – 33. Визуализацию костных и суставных повреждений осуществляли рентгенологическими методами (рентгеновский диагностический комплекс «Veromatic with Column, chest Stand», G100RF (Италия), в том числе с использованием цифровой рентгенографии (система рентгенодиагностическая «OPERA RT20», производитель GMM S.p.A (Италия). Спиральную компьютерную томографию выполняли на компьютерном томографе MX 6000 Dual Philips (Китай). Магнитно-резонансную томографию проводили на томографе «Signa Excite» HD 1,5T (General Electric Company, inc. США). Ультрасонографию производили с помощью ультразвукового сканера Sono Scape 20 Pro с линейным датчиком высокой плотности L743 для костно-мышечной системы (SONOSCAPE CO, LTD (Китай).

Результаты и обсуждение. Сопоставление данных ультрасонографии с результатами МРТ показало, что чувствительность ультразвукового исследования составила 90,6%, специфичность – 33,3%, точность – 80,7%, что свидетельствует об эффективности ультразвуковой диагностики «малых» повреждений позвоночника у детей.

Заключение. Ультразвуковое исследование является информативным способом диагностики «малых» повреждений позвоночного столба у детей. Принимая во внимание доступность и экономичность метода, а так же отсутствие лучевой нагрузки, следует рассматривать его в качестве целесообразной опции в диагностическом процессе.

Жилицын Е.В., Шутин А.А., Чуйко А.В.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ У ДЕТЕЙ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА

На протяжении последнего времени отмечается увеличение числа детей с компрессионными переломами тел позвонков (КППТ). Травмы позвоночного столба занимают второе место по распространенности среди повреждений опорно-двигательного аппарата у детей и подростков, уступая лишь механическим повреждениям конечностей, и составляют по данным различных исследователей от 5,1% до 9,3%. Большая часть КППТ обусловлена низкоэнергетической травмой и носит неосложненный стабильный характер. Вследствие этого преимущественным методом лечения КППТ в детском возрасте является консервативный. Большинство отечественных исследователей используют функциональный метод (Гориневская В.В. и Древинг Е.Ф., 1933), предусматривающий длительное пребывание пострадавшего в стационаре, направленное на постепенное формирование «мышечного корсета», позволяющего компенсировать нарушенные статодинамические функции позвоночного столба в восстановительном периоде. Одним из важных и перспективных направлений ранней реабилитации пострадавших данной категории представляется оптимизация процесса вертикализации, прежде всего за счет улучшения постурального контроля после пребывания пациента на постельном режиме. Восстановление стереотипа удержания правильной вертикальной позы проводится в последние годы путем системы тренировок на стабилотрафических платформах с обратной связью. Такой подход находит применение в лечении различных групп больных неврологического и нейрохирургического профиля. В доступной литературе данные о динамике постурального контроля в процессе лечения КППТ у детей представлены недостаточно, что побудило нас к проведению данного исследования.

Цель исследования: оценить эффективность стабилотрафического тренинга в процессе ранней вертикализации детей с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты стабилотрафического тренинга у 25 детей с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков. Мальчиков было 16, девочек – 9. Средний возраст пациентов – $13,6 \pm 2,3$ года (от 10 до 17 лет). У 18 пациентов имели множественные, в том числе многоуровневые, переломы тел позвонков. Срок начала вертикализации составлял от 14 до 19 суток, средний – $15 \pm 1,7$ суток. Стабилотрафическое исследование и тренинг проводили на стабилотренажере ST-150 («МЕРА-ТСП», Россия), начиная со 2-х суток вертикализации ежедневно в количестве 10 процедур. Оценивали количественные (длину, скорость, площадь, работу, мощность) и интегральные показатели (статическая и динамическая пробы) постурального баланса.

Результаты и обсуждение. Установлено снижение длины статокинезиограммы на 42%, скорости – на 37%, площади – на 36%, работы – на 30%, мощности – на 26%, что указывает на улучшение постурального контроля и снижение энергетических затрат на поддержание правильной вертикальной позы. Показатели статической пробы улучшились с 32,6 до 86,7 баллов, а динамической с 24,5 до 72,3.

Заключение. Динамика основных количественных параметров и интегральных показателей стабилотрафической кинезиограммы демонстрирует прогрессивное улучшение постурального контроля у детей с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков в раннем периоде лечения.

Жиляев Р.А., Антипов Н.В., Сириод Д.В., Калиновская Я.Д., Шеменова А.С.,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

События, развивающиеся в нашей стране за последние несколько лет (пандемия COVID-19, проведение специальной военной операции) не могли не отразиться на сфере образования. В условиях изоляции и в дальнейшем, для обеспечения безопасности жизнедеятельности граждан, Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького, как и другие учебные заведения Донецкой Народной Республики, перешел на обучение с применением дистанционных образовательных технологий.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии осуществляет педагогический процесс через базовые платформы ВУЗа: Distance.dnmu.ru и Modex.dnmu.ru. На данных сайтах проводятся следующие формы обучения: размещение текстовых файлов и видеоматериалов, согласно тематическим планам, для обучающихся на кафедре по разным дисциплинам; организация лекционного курса; проведение консультаций и общение со студентами через форумы сайтов, группы в социальных сетях, осуществление текущего, промежуточного, итогового модульного и экзаменационного контролей. Проводится систематический мониторинг посещаемости студентов, еженедельная и семестровая оценка знаний студентов, в целом, по дисциплине.

С началом учебного 2022-2023 г.г. сотрудники кафедры также начали использовать видеоплатформу Telegram Web и Яндекс Телемост для проведения видеозанятий со студентами, составлен еженедельный расписание вебинаров. Также в режиме on-line проводятся заседания СНО кафедры.

Для улучшения качества знаний и взаимодействия со студентами, преподавательско-профессорским составом было принято решение об организации группы кафедры в социальной сети «ВКонтакте», работа которой, направлена на:

– размещение дополнительных файлов печатных и наглядных материалов по дисциплине, в том числе, собственных наработок кафедры (учебники, учебные и методические пособия, научные статьи из сборников и журналов соответствующего профиля, иллюстрации, фотографии, таблицы, схемы инструментария, хирургических манипуляций и операций, учебные фильмы и видео-уроки);

– ознакомление студентов с историей кафедры и историей дисциплины;

– освещение работы кафедры и деятельности студенческого научного кружка кафедры.

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что в условиях пандемии и военного конфликта, преподавание дисциплины топографическая анатомия и оперативная хирургия, осуществляемой в рамках дистанционного обучения на различных платформах, является действенной и проводится на профессиональном уровне. Создание группы в социальной сети позволило улучшить образовательный процесс, повысить качество наглядности дисциплины, увеличить степень мотивации к обучению студентов и врачей-интернов, а также адаптировать обучающихся к дальнейшим клиническим предметам и практической деятельности в сфере медицины.

Жук И.Г., Кудло В.В., Ложко П.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

ОСВОЕНИЕ БАЗОВЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА ОРИГИНАЛЬНОМ ТРЕНАЖЕРЕ

Последовательное развитие хирургии в последние 30 лет с момента проведения первой лапароскопической холецистэктомии (Ф. Муре. 1987г.) привело к тому, что эндоскопические операции составляют значительную часть оперативных вмешательств. В настоящее время в проведении данного

типа операций во многих областях хирургии заинтересованы как пациенты, так и врачи. Связано это с наличием неоспоримых преимуществ, таких как меньшая травматичность оперативного доступа, лучшая визуализация за счет оптического увеличения изображения, минимальная кровопотеря, сокращения периода послеоперационной реабилитации и др. Однако недостатки для оперирующего хирурга в эндоскопической технике также присутствуют: двухмерное изображение объекта, отсутствие ощущения «глубины», наличие «эффекта качелей». Все они не являются критичными и могут компенсироваться опытом.

В связи с тем, что в Республике Беларусь планируется введение резидентуры по узким клиническим специальностям, возникает вопрос изменения системы обучения молодых врачей еще на этапе медицинских университетов, чтобы они приходили в клинику с уже имеющимся «багажом» знаний и умений. В настоящее время в рамках первой ступени высшего образования эндоскопическая техника изучается только на дисциплинах по выбору студентами-субординаторами.

Для практической подготовки эндохирургов разработана и используется система, включающая последовательные этапы: изучение теории видеохирургии, освоение базовых навыков на эндоскопических симуляторах (видеотренажерах); операции на симуляторах высокого уровня реалистичности; ассистирование на видеокамере и вспомогательных инструментах, самостоятельное выполнение оперативного вмешательства под контролем преподавателя на животных в экспериментальной операционной; клиническая работа в операционной.

Для ускорения адаптации хирургов-интернов (резидентов) необходимы «неинвазивные» методы обучения (контроля) в виде симуляционных тренажеров. Их условно можно разделить на 2 типа устройств: коробочные тренажеры и компьютерные симуляторы виртуальной реальности. Первые из них представляют собой коробки из различных материалов с фиксированными отверстиями, через которые вводятся троакары или непосредственно эндохирургические инструменты. Данные тренажеры помогают обучающемуся адаптироваться к работе в условиях двухмерного изображения, транслируемого на монитор, научиться работать с лапароскопическими инструментами в закрытом пространстве, и координировать движение рук. Они относительно недороги и просты в эксплуатации. К недостаткам можно отнести необходимость присутствия преподавателя для контроля правильности выполнения манипуляций и внесения корректирующих действий для предотвращения закрепления ложных навыков.

Второй тип тренажеров – роботизированные симуляторы виртуальной реальности, которые основаны на компьютерных программах и имитируют модели полостей человеческого тела с их содержанием, а также способны моделировать окружающую обстановку при различной хирургической патологии. Выполнение отдельных манипуляций и оперативных приемов на подобных тренажерах не требует присутствия преподавателя, так как симулятор в автономном режиме контролирует работу: дает подсказки, указывает на ошибки и оценивает скорость и правильность работы в цифровом виде. Высокая эффективность виртуального тренинга в освоении базовых практических навыков эндовидеохирургических вмешательств доказана исследованиями, на основании чего его рекомендуют как основное средство обучения. Однако существенными недостатками являются их высокая стоимость, низкая реалистичность и отсутствие тактильной чувствительности с «обратной отдачей».

В тоже время показано, что комбинация «коробочных» тренажеров и виртуальных симуляторов приводит к наилучшему освоению навыков, нежели использование этих методов по отдельности, поэтому использование дорогостоящих виртуальных симуляторов должно проводиться параллельно с более простыми тренажерами. Оба типа могут использоваться для обучения и аттестации в рамках курса «Основы лапароскопической хирургии» (FLS – Fundamentals of Laparoscopy Skills), включающего себя 5 базовых упражнений и одобренного Американским обществом эндоскопистов и гастроинтестинальных хирургов (SAGES) и Европейской ассоциацией эндохирургов (EAES). В настоящее время прохождение курса по программе FLS является обязательным для резидентов-хирургов США и Канады, а также ряда Европейских стран.

Целью нашего исследования было изучить эффективность использования видеотренажера для обучения студентов основным лапароскопическим навыкам. Исследование выполнено с использованием оригинального лапароскопического видеотренажера коробочного типа (удостоверение на рационализаторское предложение № 1661 от 12.02.2014 г.), включающем фантом торса на основании.

компьютер, монитор, набор лапароскопических инструментов, сменные модули для манипуляций. В нем принимали участие 42 студента-субординатора, обучавшихся на 6 курсе лечебного факультета.

На первом занятии цикла студенты после вводного инструктажа о работе на лапароскопическом тренажере и демонстрации преподавателем каждой манипуляции самостоятельно, без предварительной тренировки, выполняли требуемые действия. При этом один участник контролировал положение видеокамеры, а второй – инструментами выполнял манипуляцию. Ограничения по времени не было. Преподаватель контролировал правильность выполняемых действий, делал замечания корректирующего характера и фиксировал время, затраченное на выполнение манипуляции. На втором и третьем занятиях студенты под контролем преподавателя тренировались в совершенствовании ранее выполненных манипуляций с учетом полученных замечаний. На тренировку по освоению отдельного навыка приходилось около 5 минут на одного участника за занятие. На четвертом занятии каждый студент, участник исследования, демонстрировал уровень освоения предложенных лапароскопических манипуляций с контролем времени, правильности и уверенности выполненной работы и фиксации допущенных ошибок. Полученные цифровые данные обрабатывались в программе Microsoft Excel 2013 с использованием U-критерия Манна-Уитни и t-критерия Стьюдента. Разница между сравниваемыми показателями считалась статистически достоверной при $p < 0.05$.

Результаты и обсуждение.

Студентам были предложены следующие упражнения курса FLS «Основы лапароскопических навыков»: сбор муляжей конкрементов, проведение нити через кольца, перемещение объектов, интракорпоральный узел и рассечение ножницами.

При сборе муляжей конкрементов в контейнер после тренировок у 95.2% студентов продолжительность проведения упражнения сократилась по сравнению с его первоначальным выполнением, а среднее время выполнения манипуляции сократилось в 1.7 раза ($p < 0.05$).

При проведении нити через кольца с использованием двух зажимов средняя продолжительность задания после тренировок сократилась в 1.5 раза ($p < 0.05$). 83.3% участников улучшили свои первоначальные результаты.

Время перемещения объектов с перехватом зажимом на весу при контрольной оценке также уменьшилось в 1.7 раза ($p < 0.05$). Снижение относительной разницы времени выполнения манипуляции отмечено у 90.5% студентов.

Продолжительность формирования интракорпорального узла после тренировок сократилась у 88.1% участников, и, по сравнению с первичным выполнением, снизилась в 1.6 раза ($p < 0.05$).

Рассечение муляжа ножницами после двукратной тренировки потребовало в 1.5 раза ($p < 0.05$) меньше времени, чем при первоначальном выполнении, а большая часть студентов-субординаторов (80.7%) показала улучшение результата.

Таким образом, при выполнении манипуляций после непродолжительных тренировок отмечается достоверное улучшение скорости выполнения. Однако некоторые участники исследования ухудшили результаты выполнения манипуляции после тренировки. При сборе муляжей конкрементов и перемещении объектов это сделали около 5% студентов, при вязании узлов – 12%, при рассечении тканей – около 19%, а при проведении нити через кольца – 16%.

Кроме объективных критериев оценки учитывались и субъективные. При контрольном выполнении тренировочных упражнений большинство испытуемых действовали более четко и уверенно, уменьшилось количество лишних движений и ошибок. В частности, при сборе муляжей конкрементов в контейнер первоначально было допущено 16 ошибок (падение объекта на рабочую поверхность фантома торса), а при контрольной оценке все студенты успешно справились с заданием. При перемещении объектов с перехватом зажимом на весу падение колец произошло в 30 случаях до тренировки, и в 7 случаях – после тренировки. Из данных семи случаев четыре – это повторные ошибки одних и тех же испытуемых. При рассечении ткани ножницами 8 студентов допустили ошибку (выход линии разреза за допустимые границы), из них двое повторили ее и после тренировки. Вышеописанные погрешности в выполнении упражнений, а также увеличение затраченного на них времени некоторыми студентами можно объяснить несколькими причинами: неравномерное распределение тренировочного времени в учебной группе и его недостаточность, эмоциональное волнение во время контроля.

индивидуальные сложности в перестройке системы «зрительный анализатор-монитор-руки» с трехмерного на двухмерный уровень.

Выводы.

1. Лапароскопический тренажер показал высокую эффективность его использования для обучения базовым эндохирургическим навыкам. Подавляющее большинство испытуемых достоверно улучшили время их выполнения.

2. Данный тренажер может использоваться в учебном процессе студентами старших курсов на первом этапе отработки лапароскопических манипуляций, предшествующем занятиям на тренажере виртуальной реальности.

Жура В.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

КОММУНИКАТИВНЫЕ ТАКТИКИ СОВМЕСТНОГО ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ В ХОДЕ МЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

В последние десятилетия в отечественной и зарубежной медицине осуществляется активный поиск эффективных способов коммуникативного взаимодействия между пациентом и медицинским персоналом. Одним из таких новых паттернов медицинской интеракции выступает совместное принятие решения врачом и пациентом. В его рамках участники коммуникации осуществляют совместные вербальные и невербальные действия для достижения решений по выбору методов обследования и лечения, плана ведения пациента на основе оптимального баланса между достижениями доказательной медицины, позволяющей оценивать риски и ожидаемые исходы, и предпочтениями и ценностями пациента.

Благодаря своему участию в процессе совместного принятия решения пациенты обладают большей информированностью, лучше подготовлены к диалогу с врачами. Между ними и медицинскими специалистами устанавливаются доверительные отношения; у пациентов появляется большая удовлетворенность от результатов получаемого лечения.

Совместное принятие решение требует от медицинского специалиста владения особыми тактиками, повышающими успешность при достижении поставленной коммуникативной цели.

В ходе совместного принятия решения проводится поэтапное обсуждение следующих аспектов: 1) первичное информирование пациента о наличии выбора при осуществлении диагностики/лечения; 2) подробное обсуждение каждого из существующих вариантов диагностики/лечения; 3) собственно принятие решения, в ходе которого на основе предоставленной информации пациент приходит к выводу о том, что является наиболее важным для него.

При реализации этих задач могут применяться следующие тактики: 1) установление уровня информированности пациентов (преимущественно путем открытых вопросов – «Что Вы знаете о данном заболевании/лечении данного заболевания?»); 2) предоставление достаточной информации по данной проблеме (рассмотрение имеющихся вариантов выбора диагностики или лечения пациента, сведений о пользе и рисках каждого из обсуждаемых вариантов на основе имеющихся научных доказательств; важными субтактиками выступают фрагментирование информации для облегчения понимания, использование понятной лексики и терминологии, представление цифровой статистики вероятностей негативных и позитивных исходов, привлечение наглядно-вербальных средств – буклетов, диаграмм, пиктограмм и т.д.); 3) контроль понимания информации пациентом (повторение, суммирование, уточняющие вопросы и др.); 4) демонстрация поддержки и ободрения, акцент на предпочтениях пациента.

Важным вспомогательным средством при принятии решения могут стать компьютерные технологии. Врачи в ряде стран широко используют такие ресурсы, как порталы для пациентов, блоги врачей-специалистов, различные интернет-ресурсы, предлагающие материалы для просвещения пациентов. В ходе принятия отсроченного совместного решения врач может предложить пациенту ссылку, по

которой он может ознакомиться с существующей проблемой и возможными вариантами ее диагностики и лечения.

Журбий О.Е., Налетов А.В., Зуева Г.В., Шабан Н.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ИЗМЕНЕНИЯ СПЕКТРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Внебольничная пневмония (ВП) остается ведущей причиной смерти детей вне неонатального периода, несмотря на успехи в профилактике и лечении данного заболевания. ВП также является одним из наиболее частых инфекционных заболеваний у детей, обуславливающих частоту госпитализаций и широкое использования антибиотиков. Однако оптимальные методики выбора антибиотикотерапии ВП у детей до сих пор не установлены.

Проведен анализ современной литературы (25 англоязычных источников из базы PubMed, 20 русскоязычных источников), касающийся изменения спектра возбудителей ВП и эффективности применения антибиотиков в лечении ВП у детей на современном этапе.

Благодаря широкому использованию методов амплификации нуклеиновых кислот установлено, что наиболее частыми возбудителями ВП у пациентов в возрасте до 5 лет на сегодняшний день являются респираторные вирусы, особенно респираторно-синцитиальный вирус. Однако обнаружение данных вирусов в верхних дыхательных путях пациента не означает, что именно они являются причиной развития ВП, и не исключает наличия бактериального возбудителя.

На фоне применения новых конъюгированных вакцин против *H. influenzae* типа b и *S. pneumoniae* на сегодняшний день отмечено снижение частоты развития рентгенологических, клинических и осложненных случаев ВП, а также госпитализации и смертности пациентов. Тем не менее, *S. pneumoniae* остается наиболее распространенным возбудителем ВП во всех возрастных группах. Другими важными бактериальными причинами у детей младше 5 лет являются *H. influenzae*, *S. pyogenes*, *S. aureus* и *M. catarrhalis*. У детей старше 5 лет, помимо *S. pneumoniae*, другими частыми возбудителями ВП являются *M. pneumoniae* и *C. pneumoniae*.

На сегодняшний день в детской популяции в развитии ВП отмечается повышение роли коинфекций с несколькими патогенами и преобладание заболеваний, обусловленных вирус-ассоциированной этиологией. Как в верхних, так и в нижних дыхательных путях происходит взаимодействие респираторных вирусов и патогенных бактерий. Появляющиеся в последнее время данные указывают на то, что двойные вирусно-бактериальные ассоциации во многих случаях действуют синергетически и благодаря этому, вероятно, усиливают тяжесть ВП. Данные тенденции обуславливают необходимость разработки и применения новых технологий, способных чувствительно и специфически различать вирусные, бактериальные и вирусно-бактериальные коинфекции. Оптимизированная стратегия ведения пациентов с использованием молекулярного тестирования патогенов может способствовать назначению более адекватной и целенаправленной терапии, что, в свою очередь, приведет к улучшению клинических результатов терапии детей с ВП.

В большинстве случаев бактериальную и вирусную ВП невозможно точно дифференцировать по наличию клинических признаков. На практике большинство детей с ВП получают эмпирическую антибиотикотерапию, выбор которой зависит от возраста больного и наиболее вероятного возбудителя.

На сегодняшний день, у детей, которым за последние 3 месяца не проводилась антибиотикотерапия, в возрасте до 5 лет терапией выбора является амоксициллин в высоких дозах. Для пациентов с гиперчувствительностью I типа к пенициллину разумной альтернативой являются клиндамицин, азитромицин, кларитромицин. У детей с повышенной чувствительностью к пенициллину не I типа рекомендовано рассмотреть возможность применения цефалоспоринов (цефиксим). У детей старше 5 лет, которым за последние 3 месяца не проводилась антибиотикотерапия, препаратами выбора являются аминопенициллины в высоких дозах, а также макролиды, такие как азитромицин и кларитромицин.

Таким образом, рациональное использование антибиотикотерапии с учетом спектра возможных возбудителей ВП, позволит повысить эффективность терапии заболевания и снизит распространенность антибиотикорезистентных штаммов бактерий.

Заболотнева К.О., Жаркин Н.А., Айрапетян Е.Г.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Цель исследования – профилактики акушерских осложнений у пациенток с ГСД.

Материалы и методы. Исследование выполнено в 2020-2021 гг. в женской консультации Клинического родильного дома № 2 г. Волгограда. Проведён ретроспективный анализ 461 индивидуальной карты беременных и родильниц с ГСД. Основным критерием включения в анализ считалось наличие подтверждённого ГСД. Данные анализировали по следующим параметрам: возраст беременных, их паритет, акушерский анамнез, экстрагенитальная и генитальная патология, общая прибавка массы тела за весь период беременности, срок постановки ГСД, осложнения по триместрам беременности, срок и способ родоразрешения, осложнения в родах и состояние новорождённого по шкале Апгар. Оценивали гликемический профиль и его влияние на частоту акушерских осложнений. Диагноз ГСД устанавливали на основании перорального глюкозотолерантного теста либо при повышении глюкозы в венозной плазме крови.

Результаты. ГСД выставлен в I триместре у 22,4% беременных, во II триместре — у 50,4%, в III триместре — у 27,2%. Среди осложнений I триместра наиболее часто выявляли бессимптомную бактериурию, железодефицитную анемию I степени, острый вагинит, краевое предлежание хориона, ранний токсикоз лёгкой степени, угрозу самопроизвольного выкидыша. Во II триместре была диагностирована бессимптомная бактериурия, железо-дефицитная анемия I степени, острый вагинит, низкая плацентация, преэклампсия умеренной степени. В III триместре беременность осложнялась многоводием, железодефицитной анемией I и II степени, острым вагинитом, преэклампсией умеренной степени. Чаще всего родоразрешение проводилось с 38 по 40-ю неделю. Через естественные родовые пути были родоразрешены 41,3% беременных с ГСД. Оперативные роды состоялись у 58,7% беременных, при этом лишь у 11,3% женщин хирургическое родоразрешение было произведено впервые. Наиболее частыми осложнениями в родах были преждевременный разрыв плодных оболочек, быстрые роды, многоводие, дискоординированная родовая деятельность, слабость родовой деятельности, разрыв шейки матки I степени. Состояние новорождённых по шкале Апгар в 87,5% случаев оценили на 8 баллов и более, в 7,5% — на 7 баллов, в 5% — на 4-6 баллов. Выявление ГСД в I и II триместрах позволило провести профилактику акушерских осложнений назначением диетотерапии, модификации образа жизни, дозированных физических нагрузок, занятиями в бассейне и бальнеотерапией. Коррекция гипергликемии была эффективна у 97,5% пациенток, у 2,5% беременных с ГСД потребовалось назначение инсулина, и лишь у 1,7% была диагностирована диабетическая фетопатия у плода во время беременности.

Заключение. Стратегией риска при данной патологии является прогнозирование осложнений при помощи тщательного амбулаторного наблюдения с обязательным самоконтролем гликемии, своевременного начала активных профилактических мероприятий и госпитализации в соответствии со степенью риска.

Забродняя В.К., Чайковская И.В., Змарада С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Цель исследования: повысить эффективность комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита II степени тяжести у пациентов сахарным диабетом I типа, путём использования иммуномодулирующих препаратов.

Материалы и методы: в ходе выполнения работы было обследовано 135 человек в возрасте от 20 до 55 лет. В соответствии с поставленной целью и задачами исследования все обследованные пациенты были распределены на три группы: I группа – основная – 60 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом II степени тяжести на фоне сахарного диабета I типа, которая была разделена на 2 равнозначные, рандомизированные подгруппы, I (А) подгруппа – 30 пациентов с ХГП на фоне СД, которым в составе комплексного лечения назначалась сорбентотерапия, фитокомпозиция и иммуномодуляторы Полиоксидоний и Ликопид под язык; I (В) подгруппа – 30 пациентов с ХГП и СД, которым проводилось стандартные методы комплексного лечения, II группа – сравнения – 30 пациентов с ХГП без СД., III группа – контрольная, представлена 45 практически здоровыми людьми, без клинических проявлений патологических изменений в тканях пародонта, не имеющих признаков наличия СД.

Состояние иммунного статуса устанавливалось на основании изучения в ротовой жидкости (РЖ) и крови показателей, отражающих иммунодефицит лактоферрин, IL-1, sIgA, IgA, IgM, IgG, IL-4.

Результаты и обсуждение: уровень IL-1 через 6 месяцев в основной группе достоверно снизился до $120 \pm 3,7$ (95%ДИ: 112,5-127,4) пг/мл ($p < 0,05$), причем такое значение показателя IL-1 было статистически значимо ниже на $40,0 \pm 3,5\%$, чем в контрольной группе ($p < 0,01$). Уровень SIgA через 6 месяцев после лечения в основной группе имел значение $210,6 \pm 0,9$ (95%ДИ: 208,7-212,4) мг/мл, что было на уровне показателя в контрольной группе ($211,2 \pm 1,0$ (95%ДИ: 209,1-213,2) мг/мл) ($p > 0,05$). Уровень лактоферрина через 6 месяцев после лечения в основной группе составлял $899,9 \pm 21,5$ (95%ДИ: 855,9-943,8) нг/мл, что было достоверно ниже на $7,4 \pm 0,8\%$, чем в контрольной ($p < 0,05$). Изменение некоторых показателей гуморального иммунитета через 6 месяцев после применяемого комплексного лечения, как в основной, так и в контрольной группе: уровень IgA увеличился до $1,87 \pm 0,03$ (95%ДИ: 1,81-1,92) г/л в основной, и до $1,84 \pm 0,03$ (95%ДИ: 1,78-1,9) г/л в контрольной группах ($p < 0,05$). Уровень IgG через 6 месяцев после лечения был на уровне $12,69 \pm 0,12$ (95%ДИ: 12,45-12,94) г/л в основной группе, в контрольной – $13,42 \pm 0,09$ (95%ДИ: 13,24-13,6) г/л ($p < 0,05$). Значение IgM в основной группе увеличилось до $1,91 \pm 0,01$ (95%ДИ: 1,89-1,94) г/л ($p < 0,05$), а в контрольной было на уровне $2,06 \pm 0,04$ (95%ДИ: 1,98-2,14), что в сравнении с периодом лечения в 1 месяц практически осталось без изменений ($2,07 \pm 0,04$ (95%ДИ: 1,99-2,15)) ($p > 0,05$). Уровень IL-4 в основной группе достоверно повысился после лечения до $2,22 \pm 0,02$ (95%ДИ: 2,18-2,26) пг/мл, что по сравнению с контрольной группой ($2,21 \pm 0,05$ (2,11-2,31) пг/мл) изменилось незначительно ($p > 0,05$).

Выводы: оценка эффективности результатов комплексного лечения у больных ГП через 6 месяцев после его проведения показала, что в основной группе отмечалось только «улучшение» и «значительное улучшение» результатов лечебных мероприятий, что составило в среднем в 100% случаев. В контрольной группе отмечены результаты более низкие: так «значительное улучшение» зафиксировано лишь в $73,3 \pm 8,1\%$, а «незначительное улучшение» в $26,7 \pm 8,1\%$ случаев. Таким образом, можно говорить о статистически значимом более высоком эффекте лечения в основной группе ($p = 0,005$).

Заворотнева Т.И., Карпий С.В., Кононова Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СТРУКТУРА И СЕМАНТИКА НЕОЛОГИЗМОВ (НА ПРИМЕРЕ ГАЗЕТНОГО СЕГМЕНТА СМИ ДОНБАССА)

Неология выделилась в самостоятельное направление в 70-х гг. XX века, о чем свидетельствует многочисленная литература по этому вопросу (см. исследования А. А. Брагиной, О. А. Габинской, Е. А. Земской, В. П. Изотова, М. У. Калниязова, Н. З. Котеловой, В. В. Лопатина, А. Г. Лыкова, Р. Ю. Намитоковой, И. С. Улуханова, Н. А. Янко-Триницкой и др.). Становление ее связано с именем Н. З. Котеловой, которая предложила методологию описания новых слов и новых фразеологизмов, апробированную в ежегодниках «Новое в русской лексике» и десятилетних словарях.

Однако в неологии остаются нерешёнными проблемы терминологии, существуют различные точки зрения на понимание таких базовых понятий, как «неологизм», «окказионализм», «потенционализм».

Новообразования русского языка ученые делят на три самостоятельные категории: неологизмы (локдаун, фейк), окказионализмы (тигресса – А. С. Грибоедов, цыплятки ивы – М. Пришвин) и потенциальные слова (журавлятник – пример Е.А. Земской, свеженапечатанный).

Вслед за В. В. Лопатиным и А. Г. Лыковым мы объединяем эти три группы новой лексики в рамках неологизмов.

Лингвисты спорят и относительно критерия новизны созданной лексической единицы. Так, Н. З. Котелова предложила учитывать структурный или семантический вид новизны новообразования, социальную сферу ее употребления и системную обусловленность [Котелова 2015: 189].

По способу образования неологизмы делятся на заимствованные, словообразовательные и семантические [Попова, Рацибурская, Гугунава 2005: 49]. Семантическими неологизмами являются узловые слова и фразеологизмы, у которых появились новые значения.

В собранной картотеке представлены следующие новые лексические единицы, являющиеся семантическими неологизмами: «эвтаназия» (эвтаназия угольных предприятий) (25 (678), 5 Июля 2013), ср. «эвтаназия» ‘мед. Прекращение жизни безнадежно больного по его просьбе (с помощью обезболивающих лекарственных препаратов)’ [Большой толковый словарь русского языка Кузнецова];

«хоспис» (шахтный хоспис – в заголовке) (25 (678), 5 Июля 2013), ср. «хоспис» ‘лечебное учреждение, клиника для безнадежно больных людей’ [Большой толковый словарь русского языка Кузнецова];

«новобранцы» (выглядели новобранцами) (о девушках-горнячках, субстантив употреблен в тв. п.) (12 (607), 30 Марта 2012), ср. «новобранец» ‘тот, кто только что, недавно призван на военную службу’ [Словарь Ефремовой т. 1: 1045];

«джунгли» (подземные джунгли шахты) (12 (607), 30 Марта 2012), ср. «джунгли» ‘1. Тропические непроходимые леса. 2. Разг. О густых зарослях чего-л. 3. Публиц. О среде обитания, проживания кого-л., отличающейся плохими условиями, нравственным падением, жестокостью и т. п.’ [Большой толковый словарь русского языка Кузнецова];

«передовая» (всегда на передовой – на сцене и в жизни – об И. Кобзоне) (34 (629), 16 Сентября 2012), ср. «передовая» ‘участок оборонительной линии, ближайший к неприятельскому фронту; передовая линия’ [Словарь Ефремовой т. 2: 712];

«нелегал» (в заголовке «ДОНЕЦКИЙ РЕЦЕПТ БОРЬБЫ С НЕЛЕГАЛАМИ») (35 (582), 16 Сентября 2011). Производное является суффиксальным универбом словосочетания нелегальная добыча угля: «Шахтер Украины» неоднократно писал о борьбе правоохранительных органов с копанками. Собственный выход из ситуации с нелегальной добычей угля предложил Донецкий областной совет. Теперь многие из копанок могут стать легальными малыми шахтами. Ср.: «нелегал» ‘разг. О человеке, ведущем нелегальный образ жизни или нелегальную деятельность’ [Большой толковый словарь русского языка Кузнецова];

«угольный спецназ» (по борьбе с экономическими преступлениями в угольной промышленности) (23 (569), 17 Июня 2011), ср. «спецназ» ← отряд специального назначения;

«черные копатели» (которые организуют на территории региона незаконные угольные разрезы) (23 (569), 17 Июня 2011). Термин «черные копатели» употребляется по отношению к охотникам за любыми историческими реликвиями: «Черные копатели, или черные археологи, появились в Советском Союзе в 60-е годы прошлого столетия. Первоначальной целью копателей был поиск оружия и наград времен Великой Отечественной войны»: [archaeologylawyers.tilda.ws>charch](http://archaeologylawyers.tilda.ws/charch).

Анализ газетных неологизмов традиционно начинается с морфологического словопроизводства, которым мы и ограничимся в данном исследовании. Этот способ является самым частотным и богатым «по набору приемов создания нового слова».

Литература:

1. Современные подходы к организации психолого-педагогического сопровождения студентов с особыми образовательными потребностями в Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького / Г. А. Игнатенко, А. В. Дубовая, С. В. Карпий, И. К. Дубовой // Инклюзивное образование - путь к успеху: материалы третьей международной научно-практической конференции, Якутск, 23–26 июня 2022 года. – Якутск: Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, 2022. – С. 361-377.

Загумённый К.Р., Мединцева А.К., Бешуля О.А., Томаш Л.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДНЕВОЛНОВОГО УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КАК СТИМУЛИРУЮЩЕГО МЕТОДА У ПАЦИЕНТОВ С АКУБАРОТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЁННОЙ АСТЕНОДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ

С недавнего времени в нашем регионе значительно увеличилась распространённость пациентов с акубаротравмой, осложнённой астенодепрессивным синдромом. Данный синдром проявляется ухудшением памяти, внимания, нарушением засыпания, частыми просыпаниями, сонливостью в течение дня, снижением работоспособности, эмоционального фона. В связи с этим возникла необходимость в поиске новых методов реабилитации при данной патологии. Патогенетически обоснованным является назначение природных факторов со стимулирующим эффектом. Одним из таких факторов является средневолновое ультрафиолетовое облучение. Целью данного исследования является изучения эффективности применения средневолнового ультрафиолетового облучения как составляющей в комплексе реабилитационных мероприятий при акубаротравме, осложнённой астенодепрессивным синдромом. Преимуществами данного метода являются простота выполнения процедуры, доступность практически в любом физиотерапевтическом отделении, относительно небольшое количество противопоказаний.

В ходе исследования были отобраны 50 больных в возрасте от 21 до 50 лет с акубаротравмой и астенодепрессивным синдромом. Критериями исключения были: тяжелое общее состояние, нарушения сознания, проникающие ранения черепа, наличие противопоказаний к назначению ультрафиолетового облучения. В зависимости от проводимого лечения пациенты были разделены на 2 группы. В первую (контрольную) группу вошли 21 человека (42%) в комплексе реабилитации которых не проводилось ультрафиолетовое облучение. Во второй (исследуемой) группе 29 человек (58%) на фоне традиционного лечения получали в составе реабилитационных мероприятий проведение средневолнового ультрафиолетового облучения (длина волны 220-400 нанометров) от аппарата ОРК-21 по местной методике вдоль позвоночника участка кожи площадью 400 см^2 , интенсивностью излучения 3 биодозы. Количество процедур составило 10 ежедневно. Сроки от получения акубаротравмы до начала выполнения реабилитационных мероприятий в контрольной группе составили $7,5 \pm 3,2$ суток, в исследуемой $6,9 \pm 2,0$ суток.

При детальном опросе пациентов регрессия астенодепрессивного синдрома (увеличение работоспособности, снижение утомляемости, повышение настроения, улучшение памяти) в контрольной группе была отмечена на $7 \pm 1,2$ сутки, а в исследуемой на $5 \pm 1,8$ сутки после начала проведения ультра-

фиолетового облучения. Среднее количество проведенных койко-дней в лечебно-профилактических учреждениях составило соответственно 15,3 и 12,6 суток. Также было выявлено в исследуемой группе поражение кожи спины гнойниковыми высыпаниями у 9 больных. После проведенного лечения у 5 пациентов (55,5%) была выявлена регрессия данного явления.

Полученные данные указывают на эффективность применения средневолнового ультрафиолетового облучения в комплексном лечении астенодепрессивного синдрома при отсутствии противопоказаний. Назначение данного фактора в реабилитационной программе ускоряет регрессию симптоматики данного синдрома и сокращает количество проведенных в стационаре койко-дней.

Захарова И.И., Матиско М.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДА COVID-19

Возможность использования простых методов исследования, которые позволяют прогнозировать исход COVID-19, имеет важное значение. Лимфопения является одним из показательных проявлений этой инфекции. Также прогностическую ценность имеет отношение нейтрофилов к лимфоцитам, динамика лактатдегидрогеназы, С-реактивный белок, интерлейкин-6. Одним из наиболее распространенных осложнений COVID-19 является гиперкоагуляция. Постепенное повышение уровня D-димера тесно связано с неблагоприятным исходом. Увеличение продуктов распада фибрина, тяжелая тромбоцитопения приводят к развитию ДВС-синдрома. Эти показатели могут помочь предсказать критическое состояние пациента и способствовать своевременной интенсивной терапии.

В ретроспективное исследование включено 105 пациентов (мужчин – 46, женщин – 59). У всех диагнозов COVID-19 подтвержден путем выделения РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР, а также экспресс-теста на наличие антигена вируса. Практически половина больных – 49 (46,7%) были пожилого возраста. На долю лиц старческого возраста пришлось 26,6%, среднего – 21,9%, молодого – 4,8%. Пациенты были разделены на три группы по 35 человек в каждой: лица со среднетяжелым течением, тяжелым течением и лица с летальным исходом. В каждой из групп пациенты были госпитализированы на 7 – 10 день болезни ($M=10,9\pm 0,5$). При выполнении рентгенографии либо компьютерной томографии органов грудной клетки у всех исследуемых пациентов диагностирована пневмония. Помимо этого, следует выделить такие осложнения как острое нарушение мозгового кровообращения – 6 (5,7%), тромбоз мезентериальных сосудов и почечных артерий – 1 (0,9%), ТЭЛА крупных сосудов – 1 (0,9%). Лабораторные исследования были выполнены на 3 – 28 день от момента заболевания ($M=10,96\pm 0,5$ дня). Легкая тромбоцитопения наблюдалась у 11 пациентов (от 118 до $149*10^9/л$). У большинства пациентов – 77 (73%) выявлена лимфопения. Среди пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением средний уровень ферритина составил $517,1\pm 13,25$ нг/мл и $936,6\pm 20,9$ нг/мл соответственно. Определено, что между больными данных групп имеется статистически значимая разница уровня ферритина ($p=0,03$). Также доказана статистически значимая разница таких показателей как нейтрофилы и лимфоциты при сравнении пациентов с неблагоприятным исходом с группой среднетяжелых и тяжелых больных ($p=0,02-0,03$). Средний уровень нейтрофилов в первой группе составил $79\pm 2,6\%$, во второй – $77\pm 1,76\%$, в третьей – $84\pm 1,2\%$. Значение лимфоцитов было максимально у пациентов со среднетяжелым течением – $16\pm 1,5\%$, у пациентов с тяжелым течением $14\pm 1,4\%$, а в случаях неблагоприятного исхода – $11\pm 0,5\%$. Расчет нейтрофильно-лимфоцитарного соотношения (NLR) показал статистически значимую разницу между группой среднетяжелого течения COVID-19 и умершими пациентами ($p=0,01$). В первом случае NLR равен $7,1\pm 1,2$, во втором – $12,05\pm 1,4$. Разница в значениях таких показателей как тромбоциты, фибриноген, D-димер, СРБ, СОЭ, IL-6 не оказалась статистически значимой. Полученные результаты указывают на возможность применения NLR и ферритина для оценки тяжести COVID-19. Увеличение числа нейтрофилов, уменьшение числа лимфоцитов, и, как следствие, увеличение индекса NLR является маркером более тяжелого течения заболевания. Также об NLR можно говорить, как о предикторе неблагоприятного исхода при COVID-19.

Згерская Е.А., Балобанова Н.П., Абанина О.В.

НОЧУ ВО «Московский финансово-промышленный университет «Синергия», г. Москва

ПРОБЛЕМЫ ГУМАНИЗАЦИИ И ГУМАНИТАРИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В современных условиях информационного прогресса гуманитаризация и гуманизация медицинского образования выступают как одни из главенствующих тенденций в развитии современного мирового образования. Гуманитаризация образования как социально-культурный процесс, в медицинском образовании ставит перед преподавателем цель в формировании грамотной и гармонической личности выпускника медицинского образовательного учреждения, гуманизация, в свою очередь, является чуть ли не ключевым элементом современного педагогического мышления, утверждающего полисубъектную сущность образовательного процесса, где основным смыслом образования становится развитие личности. Всё это, несомненно, ставит перед педагогом совсем другие задачи и требует изменения отношений в системе «учитель-ученик» для установления связей сотрудничества

Одним из ведущих направлений гуманизации медицинского образования выступает гуманитаризация образовательного процесса. Основная цель гуманитаризации образования – достижение целостности знаний о человеке, как организме в целом, а также ориентированности в системе гуманитарного знания, что способствует созданию основ интеллигентности медицинского работника. Если гуманизация современного образования в широком смысле слова означает создание в обществе гуманной, глубоко нравственной системы образования, в основе которой находятся гуманистические идеалы, то гуманитаризацию образования, как следствие, связывают с содержанием преподавания в учебном учреждении, что способствует овладению студентами гуманитарной культурой. В этом смысле, гуманитаризацию образования можно рассматривать как ее гуманизацию.

Недостаток культуры, в самом широком ее понимании, создает огромные трудности в решении социально-экономических и нравственных задач, которые стоят перед обществом. В связи с этим в нынешнее время возрастает потребность студентов в гуманитарных знаниях и гуманитаризации образования. Большинство студентов осознают, что гуманитаризация и гуманизация образования представляют собой один из путей преодоления в образовании односторонности. Только гуманитаризация образования и гуманизация, а так же продуманная система экологического, нравственного, эстетического, художественного, и правового воспитания студенческой молодежи дает возможность преодолеть узкопрофессиональное мышление, сформировать духовно богатую личность, что является необходимым звеном в становлении и развитии грамотного, востребованного и успешного медицинского работника.

Медицинское образование имеет две стороны:

- 1) оно представляет собой овладение определенными умениями и знаниями, связанными с будущей профессией, что формирует определенный способ и тип мышления;
- 2) медицинское образование есть процесс становления личности как субъекта деятельности в медицинской области.

Цель и смысл такого образования в постоянном развитии личности, духовном становлении, что непосредственно приведет к гармонии ее отношений с собой и обязательно с другими людьми, и с миром в целом. Трудно вести научный поиск, проводить исследования различного характера, не владея фундаментальными знаниями, которые приобретают студенты благодаря постоянному соприкосновению с биологией, химией и другими дисциплинами. Последние оказывают существенное влияние на формирование личности как ученого-медика, на проявление себя как специалиста. Гуманитаризация любой науки и медицинского образования в целом – есть синтез естественных, общенаучных и специальных дисциплин. Процесс гуманитаризации медицинского образования приводит к формированию в равной мере как компетентного специалиста, грамотно-мыслящего профессионала, а также духовно богатой личности с высокими моральными и этическими качествами.

Гуманизация и гуманитаризация медицинского образования способствует формированию креативного мышления и общекультурному развитию студента, а также осмыслению достижений совре-

менной науки и техники. Гуманитарная подготовка в медицинском образовательном учреждении требует объединения усилий преподавателей естественнонаучных, гуманитарных, и других кафедр.

Гуманитарная подготовка непосредственно связана со всем учебно-воспитательным процессом в образовательном учреждении, с работой со студентами во внеучебное время. Здесь следует более широко использовать индивидуальные методы и формы обучения и воспитания студентов, такие как диспуты, студенческие кружки, экскурсии, научно-практические студенческие конференции, «круглые» столы.

Гуманизация и гуманитаризация медицинского современного образования способствует развитию потребности студента овладеть гуманитарными знаниями и навыками. Гуманитарные знания благотворно влияют как на профессиональные, так и на личностные качества выпускников любых специальностей.

Зейналова А.А., Сочилин А.В., Крюк М.А., Бойко Е.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ ФЕНОТИПОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

Бронхиальная астма – это гетерогенное по своей природе и вариабельное по своему течению заболевание. Выделение фенотипов БА определяет индивидуальный подход к ведению каждого пациента с целью достижения максимально возможного уровня контроля заболевания.

Суть фенотипизации в медицине – это оптимизация диагностики, лечения и профилактики.

Несмотря на очевидный прогресс, достигнутый в терапии БА за последние годы, она по-прежнему остается причиной инвалидизации пациентов и смертельных исходов. Современный менеджмент БА требует глубокого анализа факторов, ответственных за прогрессирование заболевания и развитие обострений, а также разработки целевой терапии БА с учетом фенотипов заболевания.

БА характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые различаются по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей.

Фенотип – это набор признаков, формирующихся на основе генотипа пациента под воздействием факторов внешней среды. У каждого пациента может быть свой собственный специфический фенотип БА, но выделение «фенотипа БА» подразумевает наличие группы или подгруппы пациентов, объединенных общими клиническими и/или биологическими признаками заболевания.

Выделяют следующие фенотипы БА:

1. Биологические – основаны на типе воспаления и составе клеток, вовлеченных в воспаление;
2. Этиологические (аллергическая БА: атопическая – «IgE-обусловленная, неатопическая – «не обусловленная IgE; неаллергическая БА -аспириновая»);
3. Клинические: аллергическая БА, неаллергическая БА, БА с поздним началом, аспириноиндуцированная БА, БА с фиксированным ограничением воздушного потока, БА с поздним началом, БА у лиц с ожирением, тяжелая БА, которая включает жизнеугрожающие состояния);
4. Молекулярные (эндотип заболевания – это субтип болезни, определяемый уникальным или отличительным функциональным, или патофизиологическим механизмом. Один эндотип БА может лежать в основе нескольких фенотипов, так как эндотип – это молекулярная основа фенотипов).

Зная фенотип БА, возможно подобрать наиболее эффективную терапию. Например, у пациентов с эозинофильной БА наблюдается наибольший эффект при назначении ингаляционных глюкокортикостероидов. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов эффективны в уменьшении бронхоспазма, вызванного физической нагрузкой, при аспириновой БА, БА в сочетании с аллергическим ринитом, БА курильщиков и, возможно, при БА, ассоциированной с ожирением.

Таким образом, определение фенотипических особенностей заболевания является требованием времени, так как персонализированная медицина на основании отбора пациентов предусматривает

использование ряда диагностических тестов и при подтверждении предполагаемого фенотипа – таргетную терапию, и персонифицированные методы профилактики.

Зейналова А.А., Сочилин А.В., Крюк М.А., Зейналова Ф.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства, г.Донецк

САРКОИДОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Саркоидоз – это системное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием неказеифицирующихся гранулём, мультисистемным поражением различных органов и активацией Т-клеток в месте гранулематозного воспаления с высвобождением различных хемокинов и цитокинов.

Значимость влияния саркоидоза на здоровье женщины и ее способность к рождению ребенка определяется эпидемиологией этого заболевания: 2/3 больных на момент постановки диагноза могут быть старше 40 лет.

Влияние саркоидоза на детородную функцию женщины складывается из следующих факторов:

- снижение респираторной функции с развитием гипоксемии;
- поражение детородных органов и молочных желез;
- поражение эндокринной системы с нарушением детородной функции;
- влияние беременности на течение саркоидоза посредством изменения уровня кортизола и состояния иммунной системы;
- влияние саркоидоза на течение беременности;
- влияние терапии саркоидоза на женщину и плод;
- поражение саркоидозом других органов и систем, создающее угрозу здоровью женщины и плода;
- влияние факторов, обусловленных лечением саркоидоза, на женщину и плод;
- влияние генетических факторов.

Нарушения женской детородной функции центрального генеза связано с поражением гранулематозного характера гипофиза. Это одно из проявлений нейросаркоидоза.

Также при поражении гипоталамуса и гипофиза саркоидными гранулемами может нарушаться выработка и других гормонов – лютеинизирующего, фолликулостимулирующего. При их дефиците происходит нарушение выработки фолликулов.

Прогноз при беременности:

- Пациентки с первой и второй стадией саркоидоза, включая несущественные внелегочными проявлениями, не имеют каких-либо нарушений во время беременности, а клиническая картина заболевания в большинстве случаев утихает.
- Тяжелое течение основного заболевания значительно осложняют вынашивание плода из-за необходимости проведения гормональной терапии.
- В редких случаях при наличии осложнений возможно прерывание беременности.
- В послеродовом периоде зачастую имеет место рецидив саркоидоза.
- Кормление грудью может быть недопустимым при медикаментозном лечении, что определяется доктором.

Саркоидоз нельзя рассматривать, как состояние, которое часто и серьезно нарушает детородную функцию женщины. В большинстве случаев беременность можно сохранить, но в каждом случае вопрос должен решаться индивидуально, а патронаж беременной должны вести как врачи женской консультации, так и специалисты по саркоидозу. Основными проблемами являются тератогенность проводимой терапии и степень недостаточности органов и систем женщины.

Зеневич О.В., Дрокина О.Н., Севостьян Н.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И ЕГО РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОГО СТАТУСА

На современном этапе отмечается «омоложение» аллергических заболеваний, все более ранний их дебют, экстенсивный рост числа пациентов первых лет. Основной акцент сегодня должен быть сделан на первичную профилактику аллергии, к которой относятся меры, противостоящие формированию аллергического/атопического статуса. К факторам способствующим развитию аллергии у детей можно отнести: характер питания беременной и кормящей женщины, тип вскармливания новорожденного, перенесенные малышом острые респираторные и кишечные инфекции, семейную предрасположенность.

Цель исследования: установить факторы, способствующие формированию атопии и определить наиболее частые проявления пищевой аллергии у детей первых лет жизни.

Материалы и методы исследования. Вид исследования – проспективное, выполнено в период с июля 2021 по сентябрь 2022 года на базе УЗ «ГОДКБ». Было обследовано 114 детей в возрасте от 1 месяца до 2 лет, мальчиков (51%) и девочек (49%) было примерно одинаковое количество. Включение в исследование происходило методом случайной выборки. Использовали клинический, анамнестический (опрос и анкетирование матерей) методы и сбор аллергологического анамнеза. На основании аллергологического анамнеза дети были стратифицированы на 2 группы: I группа (основная) – дети с отягощенным аллергологическим анамнезом (51%), II группа (сравнения) – дети с неотягощенным аллергологическим анамнезом (49%).

Результаты и обсуждение: При анализе питания матерей во время беременности установлено, что избыточное употребление кофе в I группе отмечали 29% матерей, во II 18%. Избыточное употребление молока и его продуктов 63% и 37% соответственно

Избыточное употребление облигатных аллергенов – 73% и 52%. В группе детей с отягощенным аллергологическим анамнезом на естественном вскармливании было 22,2%, на смешанном вскармливании 33,3% детей и на искусственном вскармливании 44,5% детей. Во II группе – грудное молоко получали 38,3%, смешанное питание – 18,4%, и на искусственном было – 43,3%. Ранние кожные проявления аллергии в неонатальном периоде отмечались в группах с различной частотой: сухость 53% и 32%, токсическая эритема 43% и 25%, аллергическая сыпь 65% и 39%, гиперемия кожи 23% и 13% соответственно. Анализ распространенности кожных симптомов аллергии (гиперемия кожи, аллергическая папулезная сыпь) среди детей первого года жизни показал, что статистически значимо чаще эти аллергические проявления появляются у детей с отягощенным аллергоанамнезом (по сравнению с неотягощенным).

Выводы:

1. При оценке дебюта заболевания и сроков проявления первых симптомов было установлено, что у большинства детей (87,8%) атопический дерматит отмечался в первые 6 месяцев жизни.

2. Среди триггеров в развитии атопического дерматита, ведущую роль играл алиментарный фактор. Причиной дебюта у 22 (33,4%) детей было нарушение диеты матери на фоне естественного вскармливания, а также реакция на введение адаптированных молочных смесей (31,8%).

3. Среди других алиментарных причин дебюта заболевания выявлялись введение прикорма (10,6%) и нарушение диеты ребенка (7,5%).

Зиаур С-Т.Р.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У СТУДЕНТОВ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО ОТ УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

На территории Донецкой Народной Республики на протяжении 8 лет наблюдается «наслаивание» одного сильнейшего стрессогена на другой. В 2014 году начались боевые действия на Донбассе, в 2020 году – мир (в том числе и наш регион) сотрясла пандемия коронавируса, которая была признана ВОЗ одной из самых смертоносных в истории, в феврале 2022 года – достиг своей кульминации во-енный конфликт, продолжающийся по сей день. Жить и осуществлять свою деятельность в рамках такой атмосферы является серьезным испытанием для человеческой психики, поэтому влияние упомянутых выше факторов подлежит глубокому анализу.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между нервно-психической адаптацией и показателями жизнестойкости у студентов 1-6 курсов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Материалы и методы. В исследовании, которое проходило в мае 2022 года, приняло участие 102 студента в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст – $21,6 \pm 2,9$ лет) 1-6 курсов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, из них – 69 женщин (68%) и 33 мужчины (32%). Для оценки уровня нервно-психической адаптации использовался опросник «Тест нервно-психической адаптации» (И.Н. Гурвич), а для оценки показателей жизнестойкости – «Тест жизнестойкости» в адаптации Леонтьева и Рассказовой. Для определения силы и направления корреляционной связи между признаками был использован метод ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования. С помощью метода ранговой корреляции Спирмена на основе данных, полученных от респондентов, между уровнем нервно-психической адаптации и показателями жизнестойкости была установлена статистически достоверная (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) отрицательная связь: с показателем общего уровня жизнестойкости она составила $-0,116$, с уровнем вовлеченности – $-0,064$, с уровнем контроля – $-0,096$, с уровнем принятия риска – $-0,018$.

Вывод. Была установлена отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем нервно-психической адаптации и показателями жизнестойкости у студентов 1-6 курсов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО. Более адаптированные студенты показали низкие показатели жизнестойкости. Соответственно, у этой категории лиц в течении 8 лет пребывания под воздействием многофакторного стресса, появились защитные установки: им необходимо оставаться в зоне комфорта, они стремятся к безопасности, осознают свою неспособность контролировать ситуацию, у них снижается степень удовлетворенности от своей деятельности. Учитывая факт длительного воздействия разного рода стрессогенных факторов на студентов нашего вуза, вопрос о факторах, способствующих сохранению их психического благополучия, требует дальнейшего изучения.

Зиновьев Е.В., Вагнер Д.О., Чухарев А.Е.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург

КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД К СНИЖЕНИЮ ОБЪЕМА ОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ У ОБОЖЖЕННЫХ

Введение. Для адекватной защиты от развития осложнений, связанных с тяжелой кровопотерей, необходимо проведение патогенетически обоснованного комплекса мер, направленных на обеспечение наибольшего кровосберегающего эффекта. А именно быстрого и стабильного гемостаза, а также уменьшения потребности в трансфузии препаратов крови.

Цель нашего исследования состояла в обзоре существующих методов минимизации интраоперационной кровопотери у пациентов с глубокими ожогами.

В результате проведенного исследования было выявлено, что при использовании правила Ваих прогнозирование выздоровления и летального исхода у тяжелообожженных были равны 84,8% и 49,7%, соответственно. При расчете индекса Франка данные показатели для групп пациентов с неблагоприятным прогнозом и успешным лечением составили 74,4% и 71,5%, соответственно. Расчет вероятности с применением пробит-анализа показал, что данная модель обладает точностью в 85,9% при выздоровлении и 60% при летальном исходе. Полученные данные при использовании всех методов демонстрируют высокую точность при прогнозировании благоприятного исхода и сомнительную эффективность в постановке прогноза при летальном исходе.

При анализе эффективности новой модели прогнозирования основанной на регрессионном анализе были получены следующие результаты: при прогнозировании неблагоприятного исхода данный метод показал эффективность в 87%, при благоприятном течении ожоговой болезни – 93%, что доказывает его высокую точность по сравнению с предложенными ранее метода и может быть использован как высокоточный метод в повседневной практике комбустиологов на ранних этапах госпитализации.

Зиновьев Е.В., Солошенко В.В., Юрина В.Н., Козулин Д.А.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
г. Санкт-Петербург

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У ОБОЖЖЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Обожженные с положительным результатом на COVID-19 имеют все условия для развития синдрома взаимного отягощения из-за усиленного извращенного иммунного ответа. Гипотеза о влиянии коронавирусной инфекции на течение раневого процесса в ожоговой ране требует подтверждения и разработки в различных аспектах.

Цель исследования: выявить клинические особенности течения раневого процесса в ожоговых ранах на фоне COVID-19.

С апреля 2020 года в отделе термических поражений ГБУ «Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» оказана помощь 94 обожженным, у которых в процессе лечения была выявлена новая коронавирусная инфекция. Нами изучены результаты хирургического лечения 26 обожженных, находившихся на лечении в ожоговом отделении №2 и переносивших, одновременно с термической травмой, новую коронавирусную инфекцию. Для исследования целенаправленно были отобраны пациенты с ограниченными глубокими ожогами, потребовавшие хирургического лечения. Все пострадавшие после выявления коронавирусной инфекции из ожогового отделения переводились в специализированный ковидный госпиталь, при получении отрицательного ответа ПЦР теста пациент возвращался в ожоговый центр НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Такой дизайн исследования был обусловлен необходимостью исключить влияние ожоговой болезни, как отягощающего фактора течения раневого процесса и проследить все этапы лечения. Все пострадавшие были женского пола, возраст пострадавших составлял в среднем 63,14 года. По этиологии преобладали ожоги пламенем – 15 обожженных (57,69%), ожоги горячей водой – 7 случаев (26,92%), 4 случая контактного ожога (15,38%). Общая площадь ожога составляла в среднем 10,35% п.т., глубокое поражение локализовалось на площади 4,79% п.т.

При визуальном контроле ожоговых ран в динамике обращало внимание отсутствие демаркации ожогового струпа вплоть до 21 суток после травмы, что требовало особой осторожности при выполнении некрэктомии. При этом у всех обожженных аутодермотрансплантация выполнялась отсрочено, через 7-10 суток после некрэктомии, так как послеоперационная раневая поверхность не была готова к пересадке кожи. Длительная подготовка ожоговой раны к аутодермотрансплантации, обусловленная лечением обожженных в ковидном госпитале, приводило к тому, что первая аутодермопластика выполнялась в среднем на 29,14 сутки после травмы. Результаты приживления расщепленных аутодермотрансплантатов у исследуемого контингента были 90-100%, лизиса не наблюдалось ни в

одном случае. Отличные результаты приживления свободных расщепленных кожных трансплантатов можно объяснить длительной подготовкой раны к пересадке. Длительность стационарного лечения (включая лечение в ковидном госпитале) у исследуемой группы больных составила 53,5 суток. Объемные трудности раннего восстановления кожного покрова у обожженных, перенесших новую коронавирусную инфекцию, в ряде случаев (у 16 пострадавших 61,54%) приводили к развитию грубых рубцовых деформаций и контрактур.

Золото Е.В., Побержина Т.С., Пигорева А.В., Побержин Д.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

В современном понимании психическое здоровье детей и подростков определяется не только отсутствием психических расстройств и нарушений развития, но и уровнем его социальной адаптации, способностями противостоять негативным воздействиям внешней среды, сформированностью индивидуального набора адаптационных и компенсаторных реакций.

Всемирная организация здравоохранения акцентирует внимание на том, что психическое здоровье является неотъемлемой частью здоровья и определяется воздействием на человека социально-экономических, биологических и экологических факторов. Факторы, способные повышать уровень стресса в подростковом возрасте, включают в себя стремление к большей самостоятельности, желание соответствовать ожиданиям сверстников, поиск сексуальной идентичности и возрастающую доступность и применение технических средств.

Влияние СМИ и гендерных норм может усугублять несоответствие между действительностью, в которой живет подросток, и его устремлениями или представлениями о будущем. Непринятие мер борьбы с нарушениями психического здоровья в подростковый период чревато последствиями, которые распространяются и на взрослый возраст, негативно влияя как на физическое, так и на психическое здоровье и ограничивая возможности для полноценной взрослой жизни.

Аффективные расстройства

Наиболее распространены среди подростков тревожные расстройства. Они включают панику или чрезмерное беспокойство; чаще встречаются в старшем, чем в младшем подростковом возрасте. Тревожные и депрессивные расстройства могут привести к серьезному снижению посещаемости и успеваемости в школе. Социальная отчужденность может усугублять изоляцию и ощущение одиночества. Депрессия может приводить к самоубийству.

Расстройства пищевого поведения

Нервная анорексия и нервная булимия, обычно возникают в подростковом и юношеском возрасте. При расстройствах пищевого поведения наблюдаются аномальное пищевое поведение и фиксация на теме еды, которые в большинстве случаев сопровождаются беспокойством по поводу массы тела и физической формы.

Самоубийство и аутоагрессия

Факторы риска самоубийства разнообразны и включают пагубное употребление алкоголя, жестокое обращение в детстве, стигматизацию при обращении за помощью, препятствия для получения помощи и доступность средств совершения самоубийства. Цифровые СМИ, как и любые другие средства массовой информации, могут играть значительную роль в усилении или ослаблении усилий по профилактике самоубийств.

Девиантное поведение

Многие формы поведения, связанные с риском для здоровья, такие как употребление психоактивных веществ и рискованное сексуальное поведение, берут свое начало в подростковом возрасте. Рискованные формы поведения могут быть неудачными попытками справиться с эмоциональными трудностями и могут иметь тяжелые последствия для психического и физического благополучия подростка.

Отсутствие благоприятной социальной обстановки, устойчивой системы ценностей, поддержки значимых лиц (сверстников, взрослых) приводит к образованию патологических поведенческих паттернов.

Для профилактики и коррекции данных состояний необходима психологическая коррекция, проводимая индивидуально, или онлайн, семейно-ориентированная терапия, участие и внимание родителей, полноценный сон, регулярная физическая активность, адекватное питание.

Золото Е.В., Томачинская Л.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СТРЕССЛИМИТИРУЮЩИЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Цель. Целью данного исследования явилась разработка и внедрение комплекса стресслимитирующих физиотерапевтических методов воздействия в комплексную терапию девушек-подростков с указанной патологией.

Материалы и методы. Объектами наблюдения были 52 девочки-подростка в возрасте от 13 до 17 лет, страдающих данной патологией. Всем пациентам проводили антропометрические измерения (спирометрию, динамометрию), функциональные пробы (проба Мартинэ, Штанге, Генчи), оценивали состояние уровня тревожности до и после курса реабилитации, используя цветовые тесты Люшера и патохарактерологический опросник А.Е.Личко (32 человека – группа наблюдения, 20 – контрольная).

Основопологающим при выборе методов и методик воздействия явилось понимание того, что недифференцированная дисплазия соединительной ткани и нарушения менструального цикла являются системными заболеваниями, при которых необходимо воздействовать на организм в целом и прежде всего – на центральные регуляторные механизмы. Наличие у пациентов повышенного уровня тревожности требовало выбора стресслимитирующих факторов, что не противоречило основной тенденции. Для решения поставленных задач нами были использованы: низкочастотная магнитотерапия, электрофорез магния, дарсонвализация, амплипульс-терапия, гидротерапия (аромаванны с маслами герани, лаванды, шалфея чередовались сф контрастным душем).

Электрофорез магния проводили по методике Вермея. Эффективность данного метода обусловлена действием гальванического тока и образованием депо лекарственных веществ, что обеспечивает пролонгированное действие препаратов (до 20-30 дней). Важным является также тот момент, что при таком воздействии минимальные дозы препарата обеспечивают максимально выраженный терапевтический эффект.

Дарсонвализацию назначали по контактной лабильной методике на шейно-воротниковую область и в зонах варикозных изменений или петехий.

Для укрепления мышечно-связочного аппарата профилактики и борьбы с птозом органов использовались импульсные токи низкой частоты (амплипульс-терапию). Зоны воздействия: паравертебрально на уровне различных отделов позвоночника, а также поперечно в проекции органов малого таза и проблемных суставов.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты (клинические аспекты, а также данные спирометрии, динамометрии и функциональных проб, показателей уровня тревожности) свидетельствуют о благотворном влиянии данного комплекса на состояние здоровья пациенток. Улучшилось общее состояние, нормализовались сон и аппетит, повысилась умственная и физическая работоспособность, снизились эмоциональная реактивность и уровень тревоги ($P < 0,001$).

Выводы. Применение разработанной нами программы позволило достоверно снизить уровень тревожности пациенток, укрепить их эмоциональную устойчивость, что является пусковым моментом для реализации механизмов саногенеза.

Такой комплекс реабилитационных мероприятий позволяет укрепить здоровье девушек-подростков, улучшить их психоэмоциональное состояние, снизить уровень тревожности, нормализовать деятельность центральных регуляторных систем, предотвратить возможные осложнения и создать условия для нормального функционирования репродуктивной системы.

Золотухин С.Э., Дьячков О.Н., Колычева О.В., Клочков М.М., Легостаева М.С.

Республиканский онкологический центр им. профессора Г.В. Бондаря, г. Донецк
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Городской онкологический диспансер г. Донецка

ПРОФИЛЬ ТОКСИЧНОСТИ ИРИНОТЕКАНА В СРАВНЕНИИ С FOLFIRI КАК ПЕРСПЕКТИВА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ 2-Й ЛИНИИ ЛЕЧЕНИЯ МКРР

Аннотация. Вопрос длительности лекарственной терапии пациентов с метастатическим колоректальным раком (МКРР) остается актуальным. Благодаря цитостатической терапии медиана общей выживаемости имеет тенденцию к увеличению со скромных 5-6 месяцев до двух и более лет. Но даже добившись ответа на лечение его длительность более 6 месяцев становится затруднительной в связи с выраженной токсичностью, что негативно сказывается на качестве жизни пациентов и зачастую становится поводом для прекращения лечения. Поэтому качество жизни пациентов – фактор, имеющий важное значение как для пациентов, так и для врача-онколога.

Цель. Оценить токсичность иринотекана в моно-режиме в сравнении с дуплетом FOLFIRI как перспективу поддерживающей терапии 2-й линии лечения МКРР.

Пациенты и методы. В данный ретроспективный анализ были включены пациенты, получавшие лечение по поводу МКРР в условиях РОЦ им. проф.Г.В.Бондаря с 2016г. по 2021г. Фиксировались нежелательные явления на фоне цитостатической терапии. Оценивались профиль токсичности, общая выживаемость (ОВ), выживаемость без прогрессирования(ВБП), частота объективного ответа (ЧОО).

Результаты. В общей сложности были отобраны истории болезни 121 пациента с МКРР. 1 группа (65) получала дуплет FOLFIRI, 2 группа (56) – Иринотекан в моно-режиме. Частота развившихся нежелательных явлений (НЯ) была выше в 1 группе, чем во 2-й: лейкопения (74,9% против 54,4%), нейтропения (73,7% против 55,6%), тромбоцитопения (32,8% против 17,1%), желтуха (19,2% против 6,2%), мукозит (41,9% против 12,5%), рвота (38,5% против 19,7%), в том числе, нейтропения 3-4 степени (48,7% против 19,7%). При этом, медиана ВБП составила 104 и 112 дней (3,5 и 3,7 месяцев) соответственно (отношение рисков (ОР) = 1,084, 95% доверительный интервал (ДИ) = 0,8-1,5; $p = 0,6094$), достоверной разницы в ОВ и ЧОО выявлено не было.

Выводы. Учитывая вышеуказанные данные, можно предположить, что использование иринотекана в моно-режиме имеет более благоприятный профиль токсичности, что значительно улучшает качество жизни пациентов. При оценке общей выживаемости, выживаемости без прогрессирования, частоты объективного ответа статистически значимой разницы не выявлено. Исходя из этого, подход к деэскалации иринотекан-содержащей схемы во 2-й линии лечения пациентов с МКРР может рассматриваться как перспектива поддерживающей терапии.

Зуб А.В., Левченко Н.В.

ФГБУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра общей гигиены и экологии

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСВЕЩЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ ВОЛГГМУ

Труд медицинских специалистов среднего профессионального звена (СПО) в современных условиях один из самых социально-значимых. Среди различных медицинских специальностей СПО труд зубных техников занимает особое место. Профессия зубного техника, в первую очередь, связана со значительными нагрузками на зрение. Вместе с тем, практически отсутствуют гигиенические исследования условий обучения студентов по квалификации: «зубной техник».

Цель исследования – гигиеническая оценка уровня освещенности в аудиториях, производственных лабораториях медицинского колледжа ВолгГМУ, предназначенных для студентов, обучающихся по специальности «Стоматология ортопедическая», квалификация: «зубной техник».

Методы исследования. Определение уровней освещенности рабочих мест осуществлялось с помощью люксметра «ТКА-ПКМ» (09).

Результаты исследования. Исследование проводилось утром в учебных аудиториях, расположенных на 1 этаже медицинского колледжа ВолгГМУ. Во всех учебных комнатах, кроме металлокерамической лаборатории, осуществлена модернизация осветительной системы. Естественное освещение в основном боковое левостороннее. В большинстве учебных кабинетов колледжа обычно по 2 окна, в лабораториях – по 1 окну. Коэффициент естественной освещенности (КЕО) находился в пределах гигиенических нормативов: в учебных кабинетах – 1,5-4,2%, в лабораториях – от 1,8% до 3,6%. В холодный период года в утренние часы естественное освещение не обеспечивало достаточной освещенности учебных помещений, и в это время использовалось совмещенное (естественное и искусственное) освещение.

Искусственное освещение в колледже обеспечивается газоразрядными люминесцентными ртутными лампами низкого давления холодно-белого цвета (ЛХБ) или белой (ЛБ) цветности.

Уровни освещенности при включенном искусственном освещении (общее освещение) в разных учебных кабинетах колледжа колебались от 410-530 лк, при этом при комбинированном освещении (общее и местное освещение) уровень освещенности достигал 1500-2330 лк на поверхности стола обучающегося, что соответствовало допустимым значениям. Прямая блескость отсутствовала. Наиболее низкие значения освещенности были отмечены в гипсовочной и металлокерамической лабораториях – от 180 до 240 лк, что не соответствовало гигиеническим нормам. Однако студенты находятся в данных лабораториях в среднем только 2-10 минут за занятие. Одним из главных показателей искусственного освещения (важным для здоровья зрительного анализатора студентов) также является коэффициент пульсации освещенности. Норма коэффициента пульсации рабочих мест 5-20%. Максимальный коэффициент пульсации в помещениях, где установлены персональные компьютеры, составляет 5%. В некоторых обследуемых учебных аудиториях коэффициент пульсации при общем освещении был повышен до 39,1%.

Выводы.

Таким образом, гигиеническая оценка световой среды студентов медицинского колледжа по специальности «Стоматология ортопедическая», квалификация: «зубной техник» в основном соответствует гигиеническим требованиям и обеспечивает все необходимые условия для зрительной работы студентов. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшей модернизации системы освещения в колледже, установки современных осветительных приборов.

Зубенко И.В., Поважная Е.С., Терещенко И.В., Лыкова Л.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТА «ЧАСТНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ» СТУДЕНТАМИ 6 КУРСА МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ ДОННМУ

Необходимость сохранения здоровья и работоспособности населения остается актуальной проблемой в настоящее время. Несмотря на успехи фармацевтической промышленности, болезни цивилизации, заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата, нервной системы продолжают расти. Болезни «молодеют» и поражают все больше лиц трудоспособного возраста, что приводит к значительным экономическим затратам. Усугубляют ситуацию и военные действия. Это диктует необходимость дальнейшего развития и совершенствования реабилитационного направления работы с применением комплексной терапии и более широкого использования немедикаментозных способов воздействия.

Базовыми предметами медицинской реабилитации являются физиотерапия и лечебная физкультура. Врачам общей практики и узким специалистам требуются глубокие знания данных предметов для повышения эффективности лечения на всех его этапах для сокращения сроков восстановления, минимизации осложнений и инвалидности. Современный уровень медицины требует от каждого врача не только знаний характеристик физиотерапевтических факторов, показаний и противопоказаний к их

применению, методик (данные знания студенты получают на 3-4 курсах обучения), но и грамотного их выбора и сочетания в зависимости от особенностей патогенеза заболевания. Для этого на кафедре медицинской реабилитации, лечебной физкультуры ДОННМУ не так давно введен цикл «Частная физиотерапия» для студентов 6 курса. Именно данная категория студентов, прошедшая обучение на всех базовых кафедрах медицинского ВУЗа, обладала достаточными знаниями, и была способна воспринимать более сложный уровень информации по данному предмету. Дисциплина обеспечена учебным пособием «Основы частной физиотерапии» под грифом МОН ДНР. Во время цикла студенты учатся грамотно дифференцированно подбирать физиотерапевтические процедуры, опираясь на ведущие патогенетические синдромы, как основу реабилитационного диагноза. Трехдневный цикл состоит из 2 кредитов (72 часа). На каждом занятии рассматривается один из ведущих реабилитационных патогенетических синдромов заболевания. Последние отражают нарушения адаптации, как преимущественные расстройства отдельных уровней регуляции (дисневротический, дисгормональный, дисиммунный), так и междуровневые расстройства общего характера (дисциркуляторный, воспалительный синдромы). Цикл включает следующие темы: физиотерапевтическое лечение болевого и воспалительного синдромов, физиотерапевтическое лечение дисневротического синдрома, физиотерапевтическое лечение дистрофического синдрома, физиотерапевтическое лечение дисциркуляторного синдрома и физиотерапевтическое лечение дисиммунного и дисгормонального синдромов. Лечение подбирается индивидуально, с учетом реактивности организма, особенностей течения патологического процесса. В каждой теме представлены таблицы с распределением физиотерапевтических процедур в зависимости от выделения ведущих звеньев патогенеза, их анализа, учета стадии заболевания, особенностей реактивности организма. Контролируются знания решением ситуационных и тестовых заданий, защитой историй болезни.

В заключение следует отметить, что цикл позволил улучшить качество умений и навыков по медицинской реабилитации, показал, что только обучение с вертикальной системой образования способствует приобретению достаточного уровня знаний и формированию необходимых компетенций, что отвечает запросам практического здравоохранения и позволяет значительно повысить эффективность лечения пациентов.

Зубов А.Д., Антонова Л.Н., Бережная А.А., Сенченко О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ НАВИГАЦИЯ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНЪЕКЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ШЕЙНОЙ РАДИКУЛОПАТИИ

Консервативное лечение корешкового синдрома при шейной радикулопатии (ШРП) далеко не всегда является эффективным, в связи с чем возникает потребность в более инвазивных методах, в частности, локальном введении кортикостероидов. Однако данная процедура нередко бывает нерезультативной вследствие недостаточного распространения препарата в зону поражения либо ограничено побочными эффектами лекарственных средств. Цель работы: изучение возможностей ультразвуковой (УЗ) навигации в повышении эффективности введения кортикостероидов у пациентов с ШРП.

Материал и методы. На материале 34 пациентов основной группы (ОГ) с ШРП с клиническими признаками корешкового синдрома изучена эффективность УЗ-контролируемых инъекций кортикостероида по собственной методике в сравнении с 32 пациентами группы сравнения (ГС), которым локальные инъекции выполнены на основании топографо-анатомических ориентиров и данных пальпации. Выбор точки инъекции производили посредством УЗ исследования из передне-бокового доступа, визуализировали корешок в продольном сечении, который определялся как линейная гипо- или анэхогенная структура. Выявляли деформацию и/или смещение корешка как следствие компрессии, визуализировали отек его проксимальной части. Оценивали уровень пораженного нерва, соответствующий конкретному сегментарному комплексу. Переходили на УЗИ из заднего доступа, при этом

корешки становились недоступными для УЗ визуализации. Избирали две точки для инъекции, располагающиеся на уровнях 1/3 и 2/3 от высоты избранного позвонка на глубине 10-13 мм, т.е. анатомически выше и ниже корешка. При выборе траектории введения иглы избегали пересечения кровеносных сосудов, которые визуализировали при доплеровском картировании. Под непрерывным УЗ контролем последовательно инъецировали по 0,3-0,5 мл препарата в каждую из избранных точек. Достаточность количества, точность введения и распространение препарата в тканях контролировали посредством УЗ визуализации с применением доплеровского картирования.

Результаты и обсуждение. Для достижения устойчивого лечебного эффекта В ОГ в большинстве – 22 (64,7%) случаев было достаточно однократного, в 12 (35,3%) случаях – двукратного введения препарата (медиана 1); в ГС соответственно 1-4 процедур (медиана 3). У 2 (6,3%) пациентов ГС не удалось достигнуть полного купирования болевого синдрома, в ОГ таких случаев не наблюдали. По нашему мнению, более быстрый и устойчивый эффект в ОГ обусловлен контролируемым созданием депо препарата в непосредственной близости от пораженного корешка. Меньшее количество требуемых для достижения лечебного эффекта инъекций способствовало также к снижению риска побочных действий кортикостероидов.

В ГС у 4 (12,5%) пациентов наблюдали развитие осложнений в виде гематом в месте инъекции вследствие повреждения кровеносных сосудов. В ОГ такие гематомы отсутствовали, поскольку таковых повреждений удалось избежать за счет доплерографической визуализации кровеносных сосудов среднего и малого диаметра.

Выводы. УЗ навигация локальной инъекции кортикостероида у пациентов с ШРП позволяет увеличить частоту полного купирования болевого на 16,3%, избежать нерезультативных манипуляций, уменьшить медиану количества требуемых инъекций с 3 до 1 и избежать повреждения кровеносных сосудов, вызывающего развитие гематом в месте инъекции. Таким образом, УЗ навигация при локальной инъекции кортикостероидов значительно повышает результативность и безопасность манипуляции, что свидетельствует о клинической целесообразности ее широкого использования у больных ШРП.

Зубов А.Д., Кутья А.Е

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЭХОГРАФИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ КАЛЬЦИФИКАТОВ В ОЦЕНКЕ РИСКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Одним из наиболее дискуссионных вопросов в ультразвуковой (УЗ) оценке узловых образований щитовидной железы (УОЩЖ) является оценка кальцификатов как маркера злокачественности. Этот признак включён в большинство стратификационных шкал, однако объективные сведения о его значимости отсутствуют. Цель работы – оценка диагностической ценности определяемых при УЗИ кальцификатов в стратификации онкологического риска УОЩЖ.

Материал и методы. Проведено УЗ исследование щитовидной железы 932 пациентам с тиреоидной патологией на УЗ сканере Arlio 500 с линейным датчиком 7,5-12,0 МГц в В-режиме и с использованием режима MicroPure. Выявленные кальцификаты классифицированы в зависимости от их характеристик. Риск рака УОЩЖ определяли по классификации THIRADS (2010 г.).

Результаты. При УЗ осмотре признаки кальцификации выявлены в 212 (22,7% от числа обследованных пациентов) случаях. Выявляемые КЩЖ были как единичными – 75 (8,0±0,9%), так и множественными (2 и более) – 137 (14,7±1,2%), что достоверно ($p=0,0023$) больше.

Кальцификаты определялись не только в разнообразных узлах щитовидной железы с разным риском злокачественности по THIRADS, но и в неизменной паренхиме (в 3,4±2,0% случаев). Также установлено, что в 12 (5,7%) случаях гиперэхогенные точечные включения, в В-режиме расцениваемые как микрокальцификаты, в режиме MicroPure не давали характерного свечения, что указывало на ложноположительный характер заключения о кальцификации.

Выделены 4 типа кальцификации: микрокальцификаты – 71 (7,6±0,9%), макрокальцификаты – 104 (11,2±1,0%), кальцинированные капсулы – 13 (1,4±0,4%) и полностью кальцинированные узлы – 24 (2,6±0,5%).

Частота микрокальцификатов значимо ($p < 0,0001$) возрастала при увеличении риска злокачественности по градации THIRADS; для макрокальцификатов зависимость имела нелинейную форму, а для других типов кальцификации отсутствовала.

Таким образом, значительная часть доброкачественных и имеющих низкий риск злокачественности узлов содержит кальцификаты, что указывает на низкую специфичность признака и нецелесообразность его использования для определения показания к инвазивной диагностике. По нашему мнению, существует две причины такой переоценки данного признака. Во-первых, имеется устойчивая параллель с молочной железой, выявление микрокальцификатов в которой является убедительным признаком рака. Во-вторых, все точечные гиперэхогенные включения в УОЩЖ по умолчанию принимаются за псаммомные тельца, являющиеся морфологическим признаком папиллярного рака щитовидной железы. Однако псаммомные тельца являются не единственной формой патологической биоминерализации: существуют и другие виды кальцификатов, причины и механизмы формирования которых принципиально отличны и не связаны с канцерогенезом, а сами кальцификаты при микроскопическом исследовании не имеют характерной для псаммомных телец концентрической структуры. При этом эхографически дифференцировать псаммомные тельца и прочие микрокальцификаты невозможно.

Выводы. В щитовидной железе могут выявляться различные типы кальцификации, но только микрокальцификаты встречаются с частотой, значимо линейно коррелирующей с риском злокачественности. В связи с этим в стратификации онкологического риска УОЩЖ по данным УЗИ следует учитывать только точечные гиперэхогенные включения, причем по причине низкой диагностической ценности не придавать таковым приоритетного значения в определении риска злокачественности и установлении показаний к чрескожной биопсии.

Зуева Г.В., Налетов А.В., Журбий О.Е.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АНАЛИЗ ПРИЧИН ДЕКОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Актуальность. Сахарный диабет (СД) является приоритетом среди проблем, стоящих перед медицинской наукой и здравоохранением во всем мире. Начало болезни в детском возрасте, нестабильность течения СД 1 типа, создают угрозу ранней инвалидизации молодых людей. Трудности, препятствующие достижению компенсации диабета многогранны. Это требует детального анализа причин декомпенсации и поиска средств их устранения.

Цель исследования – проанализировать причины, нарушающие достижение компенсации у детей и подростков с СД 1 типа.

Материалы и методы. Проанализировано течение СД 1 типа у 90 детей и подростков в возрасте от 3 до 17 лет. Продолжительность заболевания от момента постановки диагноза составляет 15 лет. Анализировали уровень знаний детей и подростков материалов терапевтического управления диабетом, поведения относительно самоконтроля, социальные факторы, особенности течения диабета. Оценку поведения, связанного с диабетом, сравнивали с записями дневников самоконтроля пациентов. Анализировали правильность выполнения подкожной инъекции инсулина, частоту смены мест введения инсулина. Изучали психосоциальные факторы.

Результаты. В достижении компенсации диабета большую роль играет частота проводимого самоконтроля уровня гликемии. Анализируя количество измерений уровней глюкозы в крови в течение суток установлено, что достижение компенсации СД по уровню HbA1 до 7,2% связано с частотой контроля – 6,9±1,3 раза. Пациенты, проводившие кратность измерения уровня гликемии в течение суток менее 4 раз не достигали компенсации и имели уровень HbA1 > 9%. Главным фактором в жизни детей

с СД, влияющим на поведение в отношении самоконтроля, является обучение в школе. Возникают трудности с режимными моментами выполнения самоконтроля, сложности с инъекциями инсулина. Анкетирование 40 школьников с СД 1 типа выявило особенности поведения, касающиеся лечебных мероприятий в школе, отношений с учителями и сверстниками. 33% школьников признались, что не берут с собой в школу инсулин и глюкометр, скрывая свою болезнь от окружающих. При этом дети и подростки понимают о риске развития неотложных состояний, например, гипогликемии.

Жизненная ситуация, в которой оказывается ребенок, характеризуется высокой зависимостью от взрослых. Анализ социального анамнеза показывает, что 32,4% детей с СД воспитывались в конфликтных или неполных семьях, а также в семьях с низким уровнем материальной обеспеченности. Средний уровень HbA1 в этой группе детей и подростков составил $10,8 \pm 7,24\%$, тогда как в группе детей, не имеющих факторы семейного неблагополучия HbA1- $6,4 \pm 3,28\%$.

При проведении оценки правильности выполнения инъекции инсулина выявлено, что 83% пациентов допускали ошибки при выполнении инъекций инсулина, которые были причиной снижения эффективности инсулино – терапии и плохой компенсации диабета. Проведенный анализ выявил значительную частоту нарушений техники инъекций инсулина и формирование липодистрофии у пациентов с декомпенсацией, что является значимой причиной отсутствия компенсации диабета у них.

Заключение. Таким образом, обучение методам управления заболеванием – путь к успешному ведению пациентов с СД. Лечение СД у детей и подростков должно быть основано на реализации комплексного подхода к поддержанию гликемического контроля, определяющего психосоциальную адаптацию молодых пациентов.

Зяблицев Д.В., Подоляка В.Л., Бублик Я.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ВНЕДРЕНИИ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации действует система обязательного медицинского страхования (ОМС). Деятельность системы ОМС регламентируется Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ. В соответствии с Федеральным конституционным законом от 4 октября 2022 года № 5-ФКЗ «О принятии в Российскую Федерацию Донецкой Народной Республики и образовании в составе Российской Федерации нового субъекта – Донецкой Народной Республики» – Донецкая Народная Республика (ДНР) является субъектом Российской Федерации. Это, в свою очередь, предполагает начало действия на ее территории системы ОМС. Однако, в условиях переходного периода в законодательную и нормативно-правовую сферу Российской Федерации возникает множество вопросов относительно конкретных шагов, которые необходимо выполнить для организации работы системы ОМС в ДНР.

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ субъектами ОМС являются: застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд. Участниками ОМС являются: территориальные фонды, страховые медицинские организации, медицинские организации.

Поскольку в законах N 326-ФЗ от 29.11.2010 г. и № 5-ФКЗ от 4.10.2022 г. указанных выше, перечень застрахованных лиц на которых распространяется действие системы ОМС трактуется несколько иначе, необходимо учитывать правовой и гражданский статус лиц, проживающих или находящихся на территории ДНР.

В роли страхователей для неработающих граждан, по нашему мнению, должны будут выступать органы исполнительной власти ДНР.

На территории ДНР также необходимо будет создать один территориальный фонд ОМС.

В роли страховых медицинских организации могут выступать страховые медицинские организации, которые осуществляют свою деятельность в Российской Федерации и открывшие свои филиалы на территории ДНР, или местные страховые организации, в том случае, если они смогут адаптировать свою деятельность для участия в системе ОМС.

Для скорейшего распространения действия системы ОМС на территории ДНР, как мы считаем, необходимо воспользоваться пунктом 2.1. статьи 15 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ, в котором предусмотрена процедура ускорения подачи уведомления о регистрации медицинской организации в условиях чрезвычайной ситуации. При этом необходимо учитывать, что потребуется некоторое количество времени для организации соответствия медицинских организаций ДНР требованиям, предъявляемых к медицинским организациям, которые имеют право осуществлять деятельность в системе ОМС.

Учитывая вышеизложенное, мы приходим к выводу, что для начала функционирования системы обязательного медицинского страхования на территории Донецкой Народной Республики, как субъекта Российской Федерации, требуется учесть множество факторов и нюансов. В первую очередь, основные усилия необходимо сосредоточить на создании и обеспечении функционирования, таких участников системы ОМС, как территориальные фонды и страховые медицинские организации. Параллельно следует вести работу по организации подготовки медицинских организаций для осуществления ими деятельности в рамках ОМС. При этом все действия по внедрению и осуществлению деятельности системы ОМС должны выполняться в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации и Донецкой Народной Республики.

Ивакина П.А., Бойченко А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЗАВИСИМОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ОТ УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Актуальность. Вследствие присутствующего у жителей Донбасса многослойного множественного стресса, а именно: хронического стресса военного времени 2014-2022г.г.; пандемии COVID-19; травматического стресса, возникшего в результате активации боевых действий с февраля 2022г. по настоящее время, в рамках работы лаборатории психического здоровья ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО проводится комплексная оценка влияния нынешней ситуации на психическое здоровье студентов и разработка соответствующих психотерапевтических и психокоррекционных программ.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи между индивидуально-типологическими свойствами личности и уровнем нервно-психической адаптации.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 102 студента медицинского университета с 1 по 6 курс в возрасте от 18 до 40 лет. Исследование проходило в мае 2022г. на базе лаборатории психического здоровья. Оценка нервно-психической адаптации проводилась с помощью опросника И.Н. Гурвича. Определение уровня индивидуально-типологических свойств проводилось с помощью индивидуально-типологического опросника Л.Н. Собчика. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработке «MedStat».

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования были получены средние значения показателей индивидуально-типологических свойств личности в общей выборке: аггравация – $2,48 \pm 0,25$ (показатели в пределах нормы), экстраверсия – $4,26 \pm 0,42$ (в пределах нормы), спонтанность – $4,64 \pm 0,46$ (показатели выражены умеренно), агрессивность – $4,63 \pm 0,46$ (выражены умеренно), ригидность – $4,12 \pm 0,4$ (в пределах нормы), интроверсия – $4,5 \pm 0,45$ (выражены умеренно), сензитивность – $4,5 \pm 0,45$ (выражены умеренно), тревожность – $4,68 \pm 0,43$ (выражены умеренно), лабильность – $4,52 \pm 0,45$ (выражены умеренно). Среднее значение показателей нервно – психической адаптации – $19,27 \pm 1,16$ (практически здоровые с благоприятными прогностическими призна-

ками). С помощью корреляционного анализа Спирмена на основе данных психологических методик в исследуемой группе респондентов не было выявлено статистически достоверной связи ($p < 0,05$).

Вывод. В исследовании были установлены, что средние показатели индивидуально – типологических личностных особенностей исследуемой группы студентов, а именно аггравация, экстраверсия, ригидность – в пределах нормы; спонтанность, агрессивность, интроверсия, сензитивность, тревожность и лабильность – выражены умеренно. Респонденты демонстрировали удовлетворительный уровень нервно-психической адаптации. Выраженные тенденции к тревожно-интроверсивному типу реагирования могут рассматриваться как вариант непродуктивной стратегии совладания с ориентацией на социально-желательный тип репрезентации себя в обществе. Полученные результаты могут быть применены в разработке исследовательских и методических программ повышения адаптации студентов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Иванов Н.А., Боловина А.Д.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Введение. Височно-нижнечелюстной сустав представляет собой парный диартроз, соединяющий нижнюю челюсть с основанием черепа [1]. Образован головкой суставного отростка нижней челюсти и суставной ямкой височной кости [1,2]. Имеет в своем составе внутрисуставной диск, капсулу и связки [2].

Дисфункция ВНЧС – нарушение работы височно-нижнечелюстного сустава, частичная или полная утрата выполняемых им функций [1,3]. Сопровождается болями, ограничением движения челюсти при открывании рта, жевании, разговоре [2]. Дисфункция ВНЧС является одной из самых распространенных патологий среди населения, которая может сочетаться с различными зубочелюстными аномалиями в сагиттальной, вертикальной и трансверзальной плоскостях или с аномалиями положения отдельных зубов [2,4]. Однако, дисфункцией ВНЧС так же могут страдать пациенты, которые когда-либо получали ортодонтическое лечение [5,6].

Цель. Проанализировать частоту встречаемости дисфункции ВНЧС у пациентов, после ортодонтического лечения.

Материалы и методы. На базе стоматологической клиники ВолгГМУ (СКДЦ ВолгГМУ) было осмотрено 42 пациента в возрасте 18-44 лет (молодой возраст по классификации ВОЗ). Все пациенты в прошлом проходили ортодонтическое лечение техникой прямой дуги (брекет-система). Давность окончания лечения варьировалась от 2 до 6 лет.

Всем пациентам были проведены объективные методы исследования, включающие в себя:

- внешний осмотр лица
- обследование височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц
- обследование полости рта
- панорамная рентгенография зубочелюстной области

Результаты и их обсуждения. У 12 пациентов (28,6%) были обнаружены функциональные отклонения в работе ВНЧС: односторонние и/или двусторонние щелчки при открывании рта в области ВНЧС, а также дифлексия и/или девиация нижней челюсти. При этом, болезненные ощущения в области ВНЧС наблюдались у 3 пациентов из 12 (25%).

Вывод. Таким образом, полученные данные в ходе научно-исследовательской работы показывают, что частота встречаемости дисфункции ВНЧС у пациентов после ортодонтического лечения составляет 28,6%.

Список литературы.

1. Доусон П.Е. Функциональная окклюзия: от височно-нижнечелюстного сустава до планирования улыбки. – М.: Практическая медицина, 2016: 196-202.
2. Карлсон Дж.Е. Физиологическая окклюзия. – М.: Midwest Press, 2009. – С. 75-83.

3. Иванов, Н. А. Сравнительный анализ методов определения пространственного положения верхней челюсти в вертикальной плоскости / Н. А. Иванов // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины : сборник 79-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, Волгоград, 21-23 апреля 2021 года / Волгоградский государственный медицинский университет, Федерация представителей молодежных научных обществ медвузов, Научно-образовательный медицинский кластер ЮФО «Южный», Автономная некоммерческая организация развития образования и науки «Региональная ассоциация университетов», Научное общество молодых ученых и студентов ВолгГМУ. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2021. – С. 163-164. – EDN RBYRFG.

4. Анализ постуральной компенсации пациентов с зубочелюстными аномалиями / М. В. Вологина, Н. В. Прокопенко, О. П. Пудикова [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2020. – № 1(73). – С. 38-40. – DOI 10.19163/1994-9480-2020-1(73)-38-40. – EDN JWDXTU.

5. Иванова, Е. А. Оценка положения окклюзионной плоскости у пациентов с кранио-мандибулярной дисфункцией / Е. А. Иванова, Н. А. Иванов // Стоматология – наука и практика, перспективы развития : Материалы научно-практической конференции, посвященной 90-летию со дня рождения Л.П. Иванова (в рамках Всероссийской студенческой олимпиады с международным участием «Стоматология Юга-2017»), Волгоград, 19 октября 2017 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2017. – С. 62-64. – EDN YNDMYZ.

6. Пудикова, О. П. Оценка кранио-фациального комплекса у пациентов с физиологической окклюзией / О. П. Пудикова, Н. А. Иванов // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины : Материалы 77-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, Волгоград, 24-27 апреля 2019 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2019. – С. 238-239. – EDN CCXKRO.

Иванова О.П., Гасанова А.Г.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ У СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Актуальность: несмотря на высокую значимость проблемы гиперчувствительности твердых тканей зубов в мире, в современных медицинских источниках недостаточно информации о распространенности данной патологии среди студентов и молодых людей в Российской Федерации.

Цель: провести анализ встречаемости гиперестезии у студентов второго курса стоматологического факультета.

Материалы и методы: для решения поставленной задачи было проведено анкетирование 60 студентов стоматологического факультета ВолгГМУ в возрасте от 19 до 25 лет. Для опроса использовалась авторская анкета, которая содержала вопросы касающиеся соматического статуса, реакции твердых тканей на действие разных раздражителей (температурных, химических и тактильных), наличия патологий твердых тканей зубов, средств гигиены полости рта, питания рецензента. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Excel.

Результаты исследования показали, что распространённость гиперестезии твёрдых тканей зубов среди студентов второго курса стоматологического факультета ВолгГМУ составила 65%. 35% студентов, которые не отмечали у себя гиперестезию, служили критерием исключения.

На основании ответов на вопросы было определено, что гиперестезия I степени (боль возникает от действия температурных раздражителей) наблюдалась у 28 студентов; II степени (от температурных и химических раздражителей) – у 11, гиперестезия III степени (ткани зуба реагируют на все виды раздражителей, включая тактильный) рецензентами не отмечалась.

В 31,5% случаев наиболее вероятным этиологическим фактором гиперестезии у студентов являлся клиновидный дефект, который в 25,5% случаев сопровождался рецессией десны, а в 7% случаев повышенной стираемостью зубов. В 36% случаев студенты видимые изменения в твердых тканях зуба не отмечали.

Выявлено, что мягкими зубными щетками пользовались 28,1% студентов, зубными щётками средней жёсткости пользовались 55,3%, жёсткими щётками – 16,6%. Отбеливающими зубными пастами пользовались 42,9% среди опрошенных.

Кислые фрукты употребляли в пищу 30% студентов, 42% – помимо кислых фруктов, употребляли кислые соки и газированные напитки, а у 28% опрошенных с гиперестезией эти продукты в рационе питания отсутствовали.

Выводы: согласно анализу встречаемости гиперестезии у студентов второго курса стоматологического факультета ВолгГМУ, данная патология была выявлена у 65% опрошенных студентов. В результате проведенного анкетирования и анализа ответов было выяснено, что основную группу риска развития гиперчувствительности зубов составляют: клиновидные дефекты, употребление кислотосодержащих продуктов, использование отбеливающих зубных паст и жестких зубных щеток. Таким образом, для снижения развития гиперестезии зубов, необходимо усилить санитарно-просветительную работу среди родителей, школьников и студентов. Разработать практические рекомендации по уходу за полостью рта, которые должны содержать сведения о вреде кислотосодержащих продуктов, использования зубной щётки со слишком жёсткой щетиной и отбеливающей зубной пасты с сильно абразивными частицами.

Игнатенко Г.А., Басий Р.В., Первак М.Б., Игнатъева В.В., Долженко С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВНЕДРЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ НАПРАВЛЕНИЯ «КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

Цель работы – представить опыт внедрения государственных образовательных стандартов высшего образования (ГОС ВО) нового поколения по специальностям направления «Клиническая медицина».

Основная часть. В связи с утверждением Министерством образования и науки Донецкой Народной Республики 1 июля 2022 г. государственных образовательных стандартов высшего образования нового поколения по специальностям направления «Клиническая медицина» (Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология) перед нашим университетом возникла необходимость в кратчайшие сроки внести соответствующие изменения в организацию и методическое обеспечение учебного процесса.

Для решения этих задач ректором университета было дано задание учебному отделу разработать новые учебные планы по специальностям Лечебное дело, Педиатрия и Стоматология и утвержден состав рабочих групп по формированию компетенций, определенных в ГОС ВО нового поколения по вышеуказанным специальностям, при изучении дисциплин различного профиля: медико-биологического, социально-гуманитарного, клинического, педиатрического и стоматологического.

При разработке новых учебных планов возникла необходимость внести существенные изменения в ранее действующие планы, так как новые ГОС ВО ориентированы на профессиональные стандарты врачей и предусматривают значительное увеличение практической составляющей (на 35-40% вырос удельный вес учебных и производственных практик, предусмотрены новые виды практик).

В сентябре-октябре 2022 г. учебно-методическим отделом по данным кафедр были созданы 10 матриц универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций по вышеуказанным специальностям в соответствии с новыми ГОС ВО. Значительные трудности возникли при подготовке матриц профессиональных компетенций, которые не указаны в новых ГОС ВО и должны были быть сформулированы согласно действующим соответствующим профессиональным стандартам врачей (врач-лечебник, врач-педиатр и врач-стоматолог).

Далее кафедрами университета по всем преподаваемым дисциплинам и практикам были подготовлены соответствующие учебные программы. Эта деятельность осуществлялась кафедрами в тесном контакте с учебным, учебно-методическим отделами и рабочими группами по формированию компетенций.

Сложность состояла в том, что подавляющее большинство компетенций являются многосоставными и их формирование обеспечивается освоением десятков дисциплин и практик. Особенно важно и одновременно трудно было правильно определить индикаторы достижения компетенций в соответствии с целями и задачами конкретных дисциплин и практик. Решение этих вопросов стало возможным за счет интегративного, «наддисциплинарного» подхода.

После утверждения программ дисциплин и практик кафедрами 1 курса проведена коррекция всего комплекса учебно-методических материалов (методические указания для студентов, методические рекомендации для преподавателей, обучающие задания, средства контроля и т.д.), сформированы фонды оценочных средств. Кафедры, обеспечивающие реализацию дисциплин и практик на 2-6 курсах, должны завершить эту работу до 1 декабря. Далее предусмотрена подготовка программ и фондов оценочных средств для государственной итоговой аттестации по специальностям Лечебное дело, Педиатрия и Стоматология в соответствии с новыми ГОС ВО.

Заключение. Успешность внедрения в нашем университете ГОС ВО нового поколения по специальностям направления «Клиническая медицина» зависит от кадрового, финансового, материально-технического обеспечения, но прежде всего – от целенаправленной деятельности кафедральных коллективов по обеспечению качества образования в тесной координации со службой проректора по учебной работе.

Игнатенко Г.А., Бордюгова Е.В., Дубовая А.В., Немченко М.М., Конов В.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА

Актуальность: Ежегодно около 400 детей Донецкого региона с врожденными пороками сердца (ВПС), нуждаются в уточнении диагноза. Для визуализации анатомии сердца и сосудов необходимо использование методов лучевой диагностики.

Цель: оценить практическую значимость лучевых методов исследования, в т.ч. мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике врожденных пороков сердца и магистральных сосудов у детей и лиц молодого возраста.

Материалы и методы: в течение 2021-2022 гг. под наблюдением находились 495 детей и лиц молодого возраста с ВПС. Всем пациентам в целях первичной диагностики или контроля была проведена эхокардиография, по показаниям 40 чел. – чреспищеводная эхокардиография, 21 чел. – МСКТ грудной клетки с контрастированием сосудов.

Результаты: У 455 чел. выполнение эхокардиографии (ЭхоКГ) было достаточным для верификации ВПС. В 40 случаях потребовалось проведение чреспищеводной ЭхоКГ для уточнения диагноза. Для уточнения компонентов комбинированного порока оптимальными методами детализации использовали МСКТ с ангиоконтрастированием у детей от 8 месяцев до 17 лет. У детей с коарктацией аорты 3D-визуализация позволила определить уровень и длину места сужения, а также оценить наличие и степень гипоплазии дистального отдела аорты. У ребенка 1,5 лет с синдромом Шона с помощью аортопульмографии были также выявлены участки сужения аорты, легочных артерий, левого главного бронха. У девочки 5 лет, перенесшей несколько этапов оперативной коррекции (операция Норвуда, наложение шунта Блэлок-Тауссиг, пластика ветвей легочной артерии, пластика трикуспидального клапана), МСКТ позволило оценить сложную анатомию оперированного сердца для решения вопроса об объеме и сроках следующей операции. У девочки 8 месяцев с помощью аортографии был исключен диагноз коарктации аорты, который казался очевидным по результатам ряда эхокардиографических исследований. У мальчика 15 лет, оперированного в 4-летнем возрасте по поводу коарктации аорты, проведение аортографии выявило рекоарктиацию, что определило необходимость повторного хирургического вмешательства. Кроме того, позволило уточнить генез артериальной гипертензии, устойчивой к медикаментозной терапии. Также диагностической находкой явилось обнаружение в ряде

случаев извитости чревного ствола, позвоночных артерий, сужения и извитости почечных артерий. Необходимость дополнительного обследования у пациентов со сложными ВПС ввиду недостаточной информативности ЭХО-КГ в отдельных случаях требует применения МСКТ. Однако учитывая недоступность этого метода в условиях ДНР, приходилось обращаться к альтернативным методам, например, к проведению зондирования полостей сердца и магистральных сосудов с контрастированием. Этот более инвазивный метод в своем применении у детей в нынешних условиях имеет ряд ограничений, поэтому на данный момент около 70 детей нуждаются исключительно в проведении МСКТ, в некоторых случаях – экстренно.

Вывод: Современная ЭхоКГ с высокой точностью позволяет выявить у детей большинство ВПС и сосудов. Однако для уточнения индивидуальной анатомии сердца и магистральных сосудов в отдельных случаях необходима МСКТ грудной клетки с контрастированием сосудов, что важно для планирования оперативной коррекции и определения показаний для экстренных хирургических вмешательств. Дети, находившиеся на лечении в отделении детской кардиологии и кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака, которым по жизненным показаниям требовалось дальнейшее обследование, направлялись с этой целью в профильные клиники Российской Федерации.

Игнатенко Г.А., Бортникова А.К., Бортникова Ю.К., Корицкая Е.Т.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЗАИМОСВЯЗЬ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЭТАПА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ COVID-19

Актуальность исследования. Процесс реабилитации после инфекционных заболеваний обеспечивается за счет адаптационных возможностей регуляторных систем организма, функционального состояния организма до заболевания и метаболических резервов. В связи с вышеперечисленными фактами особый интерес представляет изучение взаимосвязи длительности этапа реабилитации у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию SARS-CoV-2 (COVID-19), адаптационных возможностей организма, функционального состояния кардиореспираторной системы.

Цель исследования. Определить взаимосвязь между показателями адаптационных возможностей организма и длительностью реабилитационного этапа после COVID-19.

Материалы и методы.

Проанализированы данные обследований 70 пациентов, находившихся на лечении в отделении ЦГКБ №9 г. Донецка в период с 01.09.2021г. по 01.01.2022г. Пациентам, включенным в обследование, проводилась проба с 6-минутной ходьбой (6МХ), до и после пробы оценивались базовые параметры гемодинамики: частота сердечных сокращений, артериальное давление, насыщение крови кислородом. Всем пациентам был рассчитан индекс массы тела, определена величина должного 6МХ, рассчитано отношение фактического результата пробы 6МХ к должному значению. Функциональное состояние вегетативной нервной системы (ВНС) рассчитывались с помощью коэффициента Хильдебрандта (КХ) и индекса функциональных изменений (ИФИ). В ходе статистической обработки данных для сравнения выборок применен критерий Вилкоксона (различия считались достоверными на уровне значимости $p < 0,01$).

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил $56 \pm 3,4$ лет. Между КХ и длительностью реабилитационного этапа определяется сильная положительная корреляционная связь ($\text{Tau} = 0,9$), зависимости от возраста пациентов обнаружено не было выявлено. У пациентов с высоким ИФИ (3,50 и выше) отмечалось максимальное снижение показателей 6МХ в среднем на $30 \pm 1,4\%$, $p < 0,01$, что характеризовало сильное напряжение ВНС и срыв адаптационных механизмов у пациентов. В этой группе отмечалась максимальная длительность реабилитационного этапа $25,4 \pm 0,6$ дней. В группе пациентов с ИФИ в пределах 3,10-3,49 показатели 6МХ не отличались от первой группы ($p = 916$), однако длительность реабилитационного периода была короче – $18 \pm 0,7$ дней ($p < 0,01$). В группе пациентов с ИФИ 2,60-3,09 средние значения 6МХ на $17 \pm 1,7\%$ отличались от должных, что

является показателем кардиореспираторной синхронизации за счет удовлетворительного напряжения механизмов адаптации. Это подтверждалось и более выраженной динамикой восстановления сатурации. В данной группе отмечались наиболее стабильные значения сатурационного пульсового индекса (1,25). Длительность реабилитации в данной группе пациентов составила в среднем $12 \pm 1,1$ дней. Пациентов с удовлетворительным уровнем ИФИ (менее 2,60) выявлено не было, что может быть обусловлено тяжестью протекания данного заболевания.

Выводы. Длительность реабилитационного этапа у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19, зависит от степени напряжения регуляторных систем организма, обусловленной функциональным состоянием ВНС, от показателей адаптационного потенциала организма, что может быть ценно с прогностической целью. Определение уровня ИФИ совместно с мониторингом сатурации может быть использовано для оценки адаптационного потенциала кардиореспираторной системы.

Игнатенко Г.А., Госман Д.А., Ластков Д.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ COVID-19 У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЁЗА

Цель исследования : Провести гигиеническую оценку заболеваемости COVID-19 у больных деструктивными формами туберкулёза.

Материалы и методы исследования : По данным Республиканской клинической туберкулёзной больницы и Городского противотуберкулёзного диспансера г. Донецка МЗ ДНР был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с диагнозом по классификации МКБ-10 А-15.0 – «Туберкулёз легких, подтвержденный бактериоскопически с наличием или отсутствием роста культуры(ТБ). С помощью программного комплекса MS Office Access сформирована база данных пациентов с ТБ в количестве 541 человека. Совместно с Республиканским центром санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы ДНР проведена сравнительная характеристика полученных результатов в сопоставлении с данными о заболеваемости COVID-19 в ДНР.

Результаты и обсуждение : Было выявлено, что средняя заболеваемость COVID-19, среди пациентов с ТБ, находится на уровне $3,1 \pm 0,2\%$, что в 1,7 раз меньше средней заболеваемости COVID-19 по ДНР, в 2,5 раза меньше среднемировой заболеваемости COVID-19 и в 4,9 раз меньше средней заболеваемости COVID-19 по Российской Федерации. Поражение легких является основной причиной как тяжести течения, так и летальных исходов COVID-19. После проникновения вируса SARS-CoV-2 в организм человека происходит ингибирование продукции протеина ACE2, что приводит к снижению уровня представительности протеина ACE2, особенно в тканях легкого. Дисбаланс ACE2 и ACE обуславливает повышение концентрации Ang II, который чрезмерно активизирует рецепторы AT1a в легких, что приводит к увеличению проницаемости капилляров и развитию отека легких, активации апоптоза АЕС и развитию воспалительной реакции ткани легкого. Снижение концентрации ACE2 приводит к активации сигнальных путей, ассоциированных с индуцибельным В1-рецептором Des-Arg9 брадикинина, что дополнительно усиливает воспаление и способствует повреждению ткани легких. На первом этапе развития поражения легких альвеолярные макрофаги, распознав вирус SARS-CoV-2, начинают продуцировать провоспалительные интерлейкины и хемокины, которые рекрутируют эффекторные Т-лимфоциты. В последующем, в позднем периоде развития болезни, чрезвычайно высокий уровень продукции провоспалительных цитокинов (IL-6, IL-1 β , TNF- α и др.) данными клетками обеспечивает приток большого количества моноцитов и нейтрофилов, которые усиливают явления воспаления и способствуют развитию отека ткани легких больных с COVID-19. Цитокины IL-1 β , TNF- α индуцируют активность гиалуронансинтазы 2 (hyaluronan synthase 2 – HAS2) в эндотелиальных CD31+-клетках, альвеолярных эпителиальных EpCAM+-клетках легких и фибробластах, что приводит к избытку продукции гиалуроновой кислоты и накоплению жидкости в альвеолярном пространстве. Сверхэкспрессия гиалуронана играет ключевую роль в развитии воспаления и отека.

Считают, что уменьшение количества гиалуронана или подавление его продукции будет способствовать увеличению поверхности газообмена в альвеолах и выздоровлению больных с COVID-19. Следует предположить, что некоторые противотуберкулёзные препараты обладают подобным действием. Это может объяснить более низкий уровень заболеваемости COVID-19 у пациентов с ТБ, в сравнении со средней заболеваемостью населения.

Игнатенко Г.А., Дашкина Н.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА АНТИОКСИДАНТНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА

Окислительный стресс вовлечен в патогенез тиреоид-ассоциированной орбитопатии (ТАО) у пациентов с болезнью Грейвса (БГ). В этом исследовании оценивали влияние нарушений функции щитовидной железы на отдельные антиоксидантные параметры у пациентов с активным ТАО.

Цель работы: установить роль гипоксией индуцируемого фактора 1 α (HIF-1 α) в модуляции окислительного стресса и ангиогенеза у пациентов с болезнью Грейвса.

Материал и методы. Группу исследования составили 56 пациентов с болезнью Грейвса, впервые обратившихся в клинику и не получавших антигипертиреозные препараты. В зависимости от степени выраженности клинических проявлений и гормональных нарушений они были разделены на две группы: 1-я группа - пациенты с манифестным тиреотоксикозом (n=34) и 2-я группа - пациенты с субклиническим тиреотоксикозом (n=22). Контрольную группу составили 15 здоровых лиц. Скрининг функции щитовидной железы осуществляли путем определения содержания в крови ТТГ, Т3 и свободного Т4 с помощью иммунохемилюминесцентного анализа. Общий оксидантный статус оценивали по активности супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГП) и содержанию продуктов перекисного окисления липидов: малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК) у всех пациентов, включенных в исследование. Содержание HIF-1 α и VEGF-A в периферической крови определяли методом ИФА с использованием стандартных тест-систем. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета программы для статистического анализа «Statistica 6.0».

Результаты. В 1-й группе активность СОД и ГП, а также сывороточные уровни МДА и ДК были достоверно ниже, чем в контроле (p<0,001) и во 2-й группе (p<0,001). Во 2-й группе активность СОД, а также уровни МДА и ДК были достоверно выше, чем в контроле (p=0,02, p=0,01, p=0,04). Активность ГП у пациентов 2-й группы была значительно выше, чем в контроле (p=0,001). Выявили достоверную разницу уровней HIF-1 α у больных 1-й группы по сравнению со 2-й группой пациентов (p<0,05). Медианы уровней HIF-1 у пациентов 2-й группы были ниже, чем у пациентов 1-й группы, с диапазоном значений HIF-1 α соответственно 0,02-13,96 нг/мл и 0,52-8,87 мг/дл. Аналогичные отличия были характерны и для медианы уровня VEGF, которая была выше в 1-й группе по сравнению с таковой во 2-й группе и контроле. Различий в уровне VEGF у больных 2-й группы по сравнению с лицами контрольной группы не выявили (p>0,005). Обращал на себя внимание факт обратной корреляции сывороточных уровней HIF-1 α и VEGF с СОД (r= -0,714 и r= -0,566, p<0,001), ГП (r= -0,467 и r= -0,621, p<0,001) у пациентов 1-й группы и у пациентов 2-й группы - соответственно (r = -0,525 и r= -0,630, p<0,001) и (r= -0,307 и r= -0,246, p<0,001). Кроме того, в обеих группах значения HIF-1 α и VEGF положительно коррелировали друг с другом, что подтверждает гипотезу Y. Shao и соавт. (2016) о возможной реакции активации продукции VEGF посредством увеличения содержания HIF-1 α и провоспалительных цитокинов.

Выводы. Гипертиреоз проявляется развитием окислительного стресса, более выраженного у пациентов с манифестной формой болезни Грейвса по сравнению с субклинической формой, причиной чего является недостаточное усиление антиоксидантной системы. Очевидно, интермедиатами для активации HIF-1 и усиленного ангиогенеза в данных условиях могут быть генерируемые активные формы кислорода.

Игнатенко Г.А., Можейко Е.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРЕДИКТОРЫ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

В последние годы накапливаются доказательства, подтверждающие воспалительную гипотезу развития коронарной микрососудистой дисфункции, играющей важную роль в возникновении ишемии миокарда у пациентов с микроваскулярной стенокардией (МВС), несмотря на отсутствие обструкции коронарных артерий. Учитывая коморбидный характер развития МВС у больных с хронической обструктивной болезнью легких, целесообразным видится анализ роли патогенетических факторов воспаления в формировании дисфункции коронарных сосудов.

Цель исследования: изучить взаимосвязь между системными маркерами воспаления и холестерином липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) различной степени.

74 пациента с ХОБЛ I-II степени были разделены на группы: основная (n=52) с сопутствующей микроваскулярной стенокардией (МС - симптомы стабильной стенокардии напряжения длительно - более 12 мес) и группа сравнения (n=22) без признаков МС. В группах обследованных пациентов при трансторакальной доплер-эхокардиографии не выявили стеноза коронарных сосудов. Средний возраст обследованных пациентов составил 45,3±5,9 лет, удельный вес мужчин в основной группе 25%, в группе сравнения 22,7%, женщин – соответственно 75% и 77,3%. У пациентов определяли гемограмму, уровень С-реактивного белка, рассчитывали отношение абсолютное значение нейтрофилов/абсолютное значение лимфоцитов (НЛЮ), а также отношение количество тромбоцитов к среднему объему тромбоцитов (Т/СОТ). Значение НЛЮ как показатель обострения ХОБЛ было принято равным $\geq 3,54$ (ЕА. Tuncaу и соавт., 2017). ХС-ЛПВП в периферической венозной крови определяли с помощью колориметрического фотометрического метода, а уровень VEGF-A, IL-6 и TNF- α - методом ИФА с использованием стандартных тест-систем BenderMedSystem (Австрия) и BCM Diagnostics SK00145-01 (США). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета программ Microsoft Excel (Windows XP). Для оценки различий критическим уровнем значимости принималось значение $p < 0,05$.

Установили, что уровни СРБ были выше в основной группе, чем в группе сравнения ($4,59 \pm 3,82$ мг/дл против $2,48 \pm 1,32$ мг/дл, $p < 0,001$). ХС-ЛПВП был значительно ниже в основной группе по сравнению с группой сравнения ($36,5 \pm 4,0$ мг/дл против $49,6 \pm 11,6$ мг/дл, $p = 0,009$). Отношение нейтрофилов к лимфоцитам (НЛЮ) в основной группе преобладало над таковым в группе сравнения. Количество тромбоцитов и Т/СОТ в основной группе были значительно выше, чем в группе сравнения: $0,53 (0,35-1)$ против $0,49 (0,23-0,96)$; $p = 0,002$, $0,011 (0,006-0,038)$ против $0,010 (0,004-0,034)$; $p < 0,001$ соответственно. Диагностическая значимость каждого показателя была проанализирована с использованием ROC-анализа, результаты которого показали, что значения НЛЮ и Т/СОТ имеют наибольшую ценность для диагностики МВС - соответственно $0,89 (p < 0,0001)$ и $0,86 (p = ,0007)$. Судя по площади под ROC-кривой для IL-6 прогностическая точность составила $0,78 (p = 0,0022)$, для TNF $0,83 (p = 0,0007)$, для VEGF-A $0,81 (p = 0,001)$ С помощью многофакторного логистического регрессионного анализа обнаружили, что низкий уровень холестерина ЛПВП является значимым предиктором более высокого НЛЮ у пациентов с МВС независимо от других клинических и биохимических переменных, а $\text{НЛЮ} > 2,20$ ед и $\text{Т/СОТ} > 118,65$ ед являются факторами риска возникновения МВС и связаны с воспалительным путем TNF- α – IL-6.

Таким образом, в патогенезе МВС у коморбидных пациентов с ХОБЛ ведущими факторами микроваскулярной дисфункции являются низкий уровень холестерина ЛПВП, индукция провоспалительного пути TNF- α – IL-6, отражением чего служат повышенные значения НЛЮ и Т/СОТ.

Игнатенко Г.А., Ступаченко Д.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МАРКЕРЫ ТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ НИСХОДЯЩЕМ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ МЕДИАСТИНИТЕ

В клиническом контексте часто бывает трудно определить ценность независимых переменных эндокринной регуляции для диагностики инфекции из-за многочисленных причин индукции и сопутствующей инфекции, системного воспаления, органной дисфункции, эндотоксинемии, бактериальной транслокации и травмы тканей. Известно, что при септических состояниях провоспалительные цитокины (интерлейкин - IL-1 β , IL-6, фактор некроза опухоли альфа - TNF- α) нарушают уровни гормонов щитовидной железы, снижая активность дейодиназы I типа, тем самым снижая периферический превращение T4 в T3.

Цель исследования: изучить корреляции между уровнем тиреоидных гормонов и провоспалительных факторов у пациентов с одонтогенным и тонзиллогенным нисходящим некротизирующим медиастинитом с различным уровнем кортизолемии.

В исследовании представлен анализ данных 75 больных с нисходящим задним гнойным медиастинитом, находившихся на лечении в отделении торакальной хирургии ДОКТМО. Возраст больных варьировал от 32 до 64 лет (средний возраст - 44,16 \pm 10,77 лет). Контрольную группу составили 15 здоровых лиц сходного возраста и пола. По результатам клинического обследования и компьютерной томографии, выполненной в первые 24 часа госпитализации, диагностировали основные признаки медиастинита. До хирургического вмешательства у пациентов получали венозную кровь, в сыворотке которой определяли: биомаркеры воспаления – С-реактивный белок (СРБ), прокальцитонин (ПКТ), IL-6, TNF- α , гормоны - ТТГ, свободный T4, T4, T3, а также альбумин крови. Уровень кортизола в слюне исследовали с помощью метода ИФА. Взаимосвязь между показателями оценивали с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена, статистически значимым считали $p < 0,05$.

По результатам оценки уровня кортизола в слюне все обследованные пациенты демонстрировали сниженную концентрацию гормона по сравнению с контролем, однако степень ингибирования его секреции варьировала от 23 до 57% ($p < 0,05$). У пациентов с гипокортизолемией $< 30\%$ от контрольной ($n=20$) выявили прямо пропорциональную зависимость между уровнем кортизола и концентрацией ТТГ 2,03 (0,27–4,2), свободного T4 и T3 в плазме, а также обратно пропорциональную зависимость со значительно повышенной сывороточной концентрацией маркеров инфекционного воспаления – СРБ, ПКТ, IL-6 и TNF- α , при T3/T4 0,24 \pm 0,06. Для пациентов с выраженной гипокортизолемией ($< 55\%$ от контрольного уровня) ($n=55$) была характерна достоверная корреляция содержания T3 с ПКТ. При этом продукция провоспалительных цитокинов была достоверно выше, чем у пациентов с менее выраженной гипокортизолемией и контроле, а T3/T4 составляло 0,19 \pm 0,05. Концентрации альбумина были низкими (< 35 г/л; нижняя референтная граница) у всех обследованных пациентов. Содержание ПКТ и СРБ составляли 3,43 нг/мл и 150 мг/л у пациентов с выраженной гипокортизолемией и 1,58 нг/мл и 51 мг/л у пациентов с гиперкортизолемией средней степени ($p < 0,05$, U-критерий Манна-Уитни). У всех обследованных пациентов, независимо от степени снижения концентрации кортизола в крови, отношение T3/T4 обратно коррелировало с СРБ ($\rho=0,316$) и ПКТ ($\rho=0,252$). У всех пациентов T3 отрицательно коррелировал с плазменными уровнями СРБ, IL-6 и TNF- α ($p < 0,001$), а ТТГ отрицательно коррелировал с СРБ и IL-6 ($p < 0,001$). При этом свободный T4 не коррелировал с содержанием СРБ, IL-6 и TNF- α в венозной крови.

Таким образом, у пациентов с гнойным нисходящим задним медиастинитом избыточное содержание провоспалительных цитокинов и СРБ, а также гипокортизолемия сопровождается нарушением гормон-продуцирующей функции щитовидной железы в виде снижения уровня T3 в сыворотке крови, отношения T3/T4. Необходимы дальнейшие исследования для установления причинно-следственных связей.

Игнатенко Г.А., Тарадин Г.Г., Ракитская И.В., Куликова С.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Актуальность: Внимание к изучению желудочковых экстрасистол (ЖЭС) при гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) обусловлено обсуждением их иницирующей роли в развитии жизнеугрожающих тахикардий.

Цель: Изучить частоту и спектр ЖЭС при ГКМП в группах пациентов с обструкцией выносящего тракта левого желудочка (ВТЛЖ) и без неё.

Материалы и методы: Ретроспективно и проспективно обследован 221 пациент ГКМП в возрасте от 18 до 88 лет, 130 мужчин и 91 женщина (58,8% и 41,2% соответственно). Диагноз ГКМП устанавливался с помощью двухмерной эхокардиографии (ЭхоКГ) при определении толщины любого сегмента межжелудочковой перегородки (МЖП) и $LЖ \geq 15$ мм. Градиент вычисляли по модифицированной формуле Бернулли: $градиент = 4V^2$, где V – скорость кровотока в ВТЛЖ (м/с). Выявленные при суточном мониторинге ЭКГ ЖЭС классифицировали согласно Lown B, (1977). 0 класс – ЖЭС отсутствовали, I – редкие мономорфные (<30 в час), II – частые мономорфные (>30 в час), III – полиморфные (политопные), IVa – парные и IVb – групповые/пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии, V – ранние (типа R на T). Эпизоды НЖТ описывались как ≥ 3 последовательных желудочковых сокращения с частотой ≥ 120 мин⁻¹.

В группах пациентов с обструкцией ВТЛЖ и без нее проведено сравнение частоты ЖЭС различных классов. Проведено сравнение средних показателей возраста, размеров левого предсердия (ЛП), индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и средней частоты сердечных сокращений (ЧСС) днем и ночью у пациентов с зарегистрированными ЖЭС IVb-V класса с аналогичными показателями у больных с ЖЭС I-IVa классом.

Результаты: Среди обследованных пациентов 74 (33,5%) не имели обструкции ВТЛЖ, у 147 (66,5%) пациентов обструкция ВТЛЖ выявлялась в покое или после стимуляции. У большинства пациентов ГКМП отмечались ЖЭС ($n=203$, 91,9%). Существенной разницы в частоте ЖЭС среди пациентов без обструкции ($n=70$, 94,6%) и с обструкцией ВТЛЖ ($n=133$, 90,5%) выявлено не было. В группе больных без обструкции ВТЛЖ наиболее часто регистрировались ЖЭС IVa ($n=26,4\%$), I ($n=18$, 24,3%) и III класса ($n=14$, 18,9%). В группе больных с базальной или стимулированной обструкцией ВТЛЖ более частыми ЖЭС были IVa ($n=53$, 36,1%), III ($n=33$, 22,4%) и IVb классов ($n=21$, 14,3%). При сравнении частоты ЖЭС по классу в группах больных с или без обструкции ВТЛЖ выявлено статистически значимое преобладание экстрасистол I класса у пациентов без обструкции ВТЛЖ: у 18 из 74 (24,3%) больных и у 20 из 147 (13,6%), $p=0,046$ соответственно.

При сопоставлении частоты ЖЭС других классов у больных с и без обструкции ВТЛЖ статистически значимых различий не выявлено.

При сравнении средних показателей возраста больных, размеров ЛП, ИММЛЖ, средней ЧСС днем и ночью не обнаружено статистически значимых различий в группах больных с ЖЭС I-IVa и IVb-V класса. Средний возраст у пациентов с ЖЭС I-IVa класса составлял $60,3 \pm 13,5$ лет по сравнению с $66,9 \pm 14,0$ лет ($p=0,804$) у больных с ЖЭС IVb-V класса; средние значения размеров ЛП составили $46,9 \pm 0,772$ мм и $46,7 \pm 0,52$, мм ($p=0,887$); ИММЛЖ – $177 \pm 51,8$ г/м² и $188 \pm 35,2$ г/м², ($p=0,222$); ЧСС днем – $79,0 \pm 16,9$ мин⁻¹ и $79,8 \pm 17,2$ мин⁻¹, ($p=0,793$); ЧСС ночью – $63,8 \pm 13,8$ мин⁻¹ и $65,7 \pm 14,2$ мин⁻¹, ($p=0,481$).

Заключение: Выявлена высокая распространенность ЖЭС среди пациентов с ГКМП, которые отмечены у 203 (91,85%). При сравнении частоты и классов ЖЭС у больных в зависимости от наличия или отсутствия обструкции ВТЛЖ выявлено статистически значимое увеличение количества ЖЭС I класса у пациентов без обструкции ВТЛЖ.

Игнатенко Г.А., Тарадин Г.Г., Ракитская И.В., Куликова С.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ХАРАКТЕРИСТИКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФОЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Актуальность: Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее частой устойчивой аритмией при гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) и по данным различных исследований встречается в 14-28% случаев. ФП может приводить к прогрессированию сердечной недостаточности, снижению качества жизни, а также повышению риска системных тромбоэмболий.

Цель: Изучить распространенность и характеристику ФП у больных ГКМП, определить возможные клинично-инструментальные показатели, ассоциирующиеся с аритмией.

Материалы и методы: В исследование было включено 204 больных (124 мужчины и 80 женщин) с ГКМП, в возрасте 18-88 лет (средний возраст – $62,0 \pm 13,0$ лет). Проанализированы заключения суточного мониторирования электрокардиограммы по Холтеру. ФП классифицирована как впервые выявленная, пароксизмальная, персистирующая, длительно персистирующая и постоянная. Проведено изучение средних показателей возраста больных, размера левого предсердия (ЛП), давления в легочной артерии, индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), индекса массы тела в сравнении групп больных с синусовым ритмом и любой формой ФП. Также оценивалась распространенность и выраженность гипертрофии левого желудочка (ЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) в верхней, средней и нижней трети, задней стенки ЛЖ, фракция выброса (ФВ) ЛЖ в указанных группах больных.

Результаты: Самыми частыми сопутствующими заболеваниями у больных с ГКМП были сахарный диабет 2-го типа ($n=30$, 14,7%), заболевания щитовидной железы ($n=14$, 6,8%) и церебро-васкулярные заболевания ($n=32$, 15,7%). Сочетание перечисленных заболеваний между собой наблюдалось у 120 пациентов (58,8%). Всего ФП регистрировалась у 70 (34,3%) больных. Наиболее частой формой ФП отмечена пароксизмальная, которая выявлялась у 29 пациентов (14,2%). Впервые выявленная ФП, персистирующая, длительно персистирующая и постоянная формы отмечались у 6 (2,9%), 15 (7,3%), 5 (2,4%) и 15 (7,3%) больных соответственно. При сравнении результатов больных с синусовым ритмом и ФП обнаружено статистически значимое увеличение размера ЛП в группе ФП ($52,5 \pm 0,991$ мм и $44,2 \pm 0,621$ мм, $p < 0,001$); ИММЛЖ ($186,40 \pm 60,782$ г/м² и $162,54 \pm 42,244$ г/м², $p = 0,002$); возраста пациентов ($64,78 \pm 10,866$ лет и $59,58 \pm 13,48$ лет, $p = 0,01$); толщины верхней трети МЖП ($17,66 \pm 2,993$ мм и $16,42 \pm 2,564$ мм, $p = 0,003$), а также давления в легочной артерии ($34,91 \pm 13,094$ мм рт. ст. и $24,64 \pm 9,931$ мм рт. ст., $p < 0,001$). Достоверных различий средних значений толщин в средней и нижней трети МЖП, ФВЛЖ, задней стенки ЛЖ и индекса массы тела в группах больных с синусовым ритмом и ФП выявлено не было.

Заключение: Обнаружена высокая распространенность ФП среди пациентов с ГКМП, часто в сочетании с сопутствующими заболеваниями. Среди обследованных пациентов ФП наблюдалась у 70 (34,3%) больных. Самой распространенной формой ФП у больных ГКМП является пароксизмальная ($n=29$, 14,2%). У пациентов с ГКМП и ФП отмечаются большие значения ЛП, ИММЛЖ, толщины верхней трети МЖП, давления в легочной артерии и более старший возраст, чем у пациентов с синусовым ритмом.

Игнатенко Г.А., Чайка В.К., Золото Е.В., Межова О.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В ПАРАДИГМЕ РАЗВИТИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Благополучие государства и перспективы его социально-экономического развития – это не только экономические и финансовые успехи, но, в первую очередь – демографические показатели, отражающие возможности воспроизводства населения. Известно, что состояние репродуктивной системы женщины определяется состоянием ее здоровья в детском и подростковом возрасте, и те гинекологические заболевания, которые выявляются у женщин и ведут к бесплодию или патологическому течению беременности и родов, чаще всего формируются в период полового созревания. Поэтому приоритетными и наиболее актуальными являются вопросы сохранения репродуктивного потенциала юных пациенток – будущих матерей, поскольку именно девочки-подростки являются ближайшим резервом восстановления населения.

Ввиду чрезвычайной важности данной проблемы для промышленного региона Донбасса с целью научной организации лечения и профилактики заболеваний репродуктивной системы детей и подростков по инициативе профессора Чайки В.К. в структуре Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства в 1992 г. было создано Отделение детской и подростковой гинекологии, которое в настоящее время успешно работает в статусе Отдела репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи. Кроме того, открытый в 1996 г. в структуре ДОННМУ им. М. Горького НИИ Медицинских проблем семьи, в 2019 г. приказом ректора медуниверситета, чл.-корр. НАМНУ, профессора Игнатенко Г.А. был реорганизован в НИИ Репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи. Таким образом, в Донецкой Народной Республике функционирует уникальная, единственная в нашем регионе служба гинекологической медицинской помощи детям и подросткам, почти тридцатилетний опыт работы которой позволяет систематизировать собственные достижения, подводить определенные итоги и строить планы перспективного развития.

Регулярные профилактические осмотры позволяют проводить качественный мониторинг динамики заболеваемости репродуктивных органов девочек-подростков, своевременно выявлять акушерско-гинекологическую патологию и оказывать юным пациенткам высококвалифицированную медицинскую помощь. Так, за годы работы службы детской и подростковой гинекологии более 55 тыс. пациенток прошли успешное стационарное лечение.

Сама специализация акушера-гинеколога для несовершеннолетних требует от врача знания эндокринной гинекологии, благодаря чему в практику внедряются технологии, позволяющие избежать, насколько это возможно, оперативных вмешательств, проводить коррекцию менструального цикла и нарушений полового развития с использованием инновационных методов негормональной и гормональной терапии. Поэтому немаловажным аспектом работы нашей службы является обучение специалистов по акушерству и гинекологии для несовершеннолетних, и уже в 2016 г. в нашем вузе была введена данная специализация, в рамках которой подготовлено 9 новых специалистов. А всего на базе учреждений здравоохранения Республики для детей и подростков работают 22 акушера-гинеколога для несовершеннолетних, 12 из которых имеют высшую квалификационную категорию, 3 – ученую степень кандидата медицинских наук и 1 доктор медицинских наук.

Работа службы детской и подростковой гинекологии многогранна и насыщена. Помимо ранней диагностики, профилактики, восстановительного лечения и реабилитации юных пациенток, подготовки специалистов, это еще и активная научная деятельность, предполагающая публикацию научных статей, издание методических пособий и рекомендаций, доклады на конференциях регионального и международного уровня о проблематике и актуальности охраны репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи. Кроме того, в рамках санитарно-просветительской работы проводится бессрочная акция «Молодежь Республики – за здоровую семью» в вузах и средних специальных учебных заведениях.

Таким образом, в современных условиях социального и военного кризиса, который переживает Донецкая Народная Республика, проблема сохранения репродуктивного потенциала имеет государственное, стратегическое значение. И поэтому крайне важно вести профилактическую, лечебную и научную работу в сфере репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи.

Игнатъева В.В., Романова Л.А., Лаврова А.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛИСТЬЯХ И ПЛОДАХ АЙЛАНТА ВЫСОЧАЙШЕГО

Актуальность. Благодаря многочисленным исследованиям последних лет было установлено, что процессы свободнорадикального и перекисного окисления, вызывающие повреждение и гибель клеток организма, присутствуют в патогенезе большинства наиболее распространенных заболеваний, вызывающих смертность и инвалидизацию населения (болезни печени, легких, нервной и сердечно-сосудистой системы).

Различные негативные факторы окружающей среды стимулируют накопление активных форм кислорода (свободных радикалов) в организме человека, поэтому важной задачей является поиск веществ, обладающих антиоксидантными свойствами. Антиоксидантные средства природного происхождения отличаются эффективным воздействием, но при этом практически не проявляют побочные эффекты: они менее токсичны, обладают большей биодоступностью, для них характерно отсутствие аллергических и кумулятивных реакций, что обеспечивает возможность их длительного применения для профилактики и лечения многих заболеваний. Большую группу антиоксидантов природного происхождения составляют дубильные вещества, в связи с этим возрос интерес к изучению лекарственного растительного сырья как источника данного класса веществ.

Проанализировав ряд работ, посвященных изучению химического состава листьев айланта высочайшего (лат. *Ailanthus altissima*) – растения, широко распространенного на территории Донецкой области, определили, что листья этого растения отличаются высоким содержанием различных биологически активных веществ. Однако данные исследования проводились в 60-х годах прошлого столетия и результаты не получили должного освещения. Таким образом, представляется актуальным проведение качественного и количественного анализа экстрактов листьев и плодов айланта высочайшего на различные группы биологически активных веществ.

Цель исследования. Идентификация и количественное определение дубильных веществ в водных экстрактах листьев и плодов айланта высочайшего.

Материалы и методы. Объектами исследования были выбраны высушенные листья, зрелые и незрелые плоды айланта высочайшего, которые были собраны в летний период и в период полного созревания на территории государственного учреждения «Донецкий ботанический сад». Извлечение дубильных веществ из растительного сырья проводили путем экстракции горячей водой. Наличие дубильных веществ в полученных экстрактах доказывали с помощью качественных реакций: общих осадочных (с раствором желатина, хинина хлорида) и цветных (с раствором железоммонийных квасцов, с нитритом натрия, с ацетатом свинца и с железа (III) хлорида). Количественное определение дубильных веществ в водном экстракте проводили методом перманганатометрии с определением суммы дубильных веществ в пересчете на танин.

Результаты исследования. С помощью качественных реакций было обнаружено, что в растительном сырье айланта Высочайшего содержатся гидролизуемые дубильные вещества. Содержание суммы дубильных веществ в пересчете на танин в листьях айланта высочайшего составило 12,24%. В зрелых и незрелых плодах – соответственно составляет 1,71% и 6,82%. (Для сравнения, в коре дуба, являющейся известным источником дубильных веществ, содержание составляет около 8%).

Выводы. Установили количественное содержание дубильных веществ в листьях и плодах Айланта высочайшего. Полученные результаты предполагают возможность использовать листья Айланта высочайшего в качестве альтернативного источника дубильных веществ.

Исаакян Ю.А., Гринн М.Р., Джавадов М.Д., Афанасьев Н.Ю.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ, г. Москва
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», г. Санкт-Петербург

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЦИТОРЕДУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ УМЕРЕННО ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СЕРОЗНОЙ КАРЦИНОМЕ ЯИЧНИКА

Введение. Частота возникновения опухолей у беременных женщин около 5%. Из-за широкого использования ультразвука для обеспечения эффективного мониторинга беременности большинство случаев диагностируется на явно ранних стадиях заболевания, когда возможно сохранение беременности. Из-за небольшого числа случаев, когда во время беременности диагностируются злокачественные опухоли яичников, стандартное руководство еще не установлено.

Цель. Представить клинический случай злокачественной опухоли яичника во время беременности.

Материалы и методы. Гинекологическое обследование, Анализ медицинской документации.

Результаты. Женщина, 27 лет, во время стандартного ультразвукового исследования (УЗИ), проведенного на пятой неделе беременности, была диагностирована серозная киста размером 3 x 3 см левого яичника. Через две недели гистопатологическое исследование выявило умеренно дифференцированную серозную карциному яичника. Пациентка не одобрила решение консилиума провести двухэтапную хирургическую операцию с последующей химиотерапией на основе платины и решила прекратить беременность с проведением полной операции. Во время лапаротомии были обнаружены признаки опухолевой трансформации в обоих яичниках. Также были увеличены тазовые и парааортальные лимфатические узлы, поэтому была выполнена тотальная гистерэктомия в сочетании с двусторонней аднексэктомией, тазовой и париетальной перитонэктомией, резекцией перитонеальных узлов из дугласового пространства с сохранением прямой кишки, оментэктомией и полной диссекцией тазовых и парааортальных лимфатических узлов. Послеоперационное развитие протекало без осложнений, пациент был выписан на седьмой послеоперационный день.

Вывод. Данное сообщение описывает пациентку с злокачественной опухолью яичника. При помощи гинекологического обследования был верифицирован диагноз и была выбрана оптимальная стратегия.

Исаенко П.С., Джоджуа А.Г., Сайко Д.Ю., Прокопенко Е.Б., Гольнева А.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Актуальность. Рассеянный склероз – заболевание, вызванное многоочаговым воспалительным поражением и потерей изоляции нервных волокон (миелина) в центральной нервной системе с вторичным повреждением нервных волокон (аксонов). В настоящее время рассеянный склероз (РС) считается иммуноопосредованным заболеванием, при котором изолирующий миелин и миелинпродуцирующие клетки центральной нервной системы атакуются собственной иммунной системой пациента. Было выявлено множество факторов риска, самые распространенные среди которых – инфекция, вызванная вирусом Эпштейна-Бар, вирус ветряной оспы, дефицит витамина D и курение, наряду со сложной генетической предрасположенностью. Несмотря на длительное изучение данной патологии, проблематика в подборе патогенетических препаратов для лечения остается актуальной и по сей день.

Цель исследования: проанализировать источники отечественной и зарубежной литературы с целью изучения современной проблематики при подборе актуальной терапии демиелинизирующих заболеваний на примере рассеянного склероза.

Материалы и методы: В работе были использованы научные исследования (за исключением тезисов конференций, содержащих промежуточные данные), изданные в период с 2020 по 2022 гг. и опубликованные в источниках баз данных PubMed, Web of Science, Google Scholar на тему актуальных методов терапии РС.

Результаты и обсуждение: Препараты бета-интерферона и глатирамера ацетат (копаксон) являются терапией рассеянного склероза (РС), выбранной многими врачами. Препаратами первой линии выбора, среди которых выделяют: «АВС» (Avonex, Betaferon и Copaxone) активно используются для длительного лечения рассеянного склероза (РС).

Тем не менее, побочные эффекты и неудобство инъекций часто являются проблемой для этих методов лечения, и новые пероральные методы лечения в настоящее время предоставляют уникальные возможности для пациентов.

Гиления (финголимод) был первым пероральным препаратом для лечения рассеянного склероза. В 2018 году Gilenya получила первое одобрение FDA на препарат для лечения рассеянного склероза.

Ряд препаратов были одобрены для лечения рассеянного склероза. Вот некоторые из новейших лекарств от рассеянного склероза:

Флексуви представляет собой агонист гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК-ергический), используемый для лечения людей со спастичностью от рассеянного склероза (РС) или людей с определенными травмами позвоночника.

Ливиспа в гранулах для перорального применения представляет собой агонист гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК-ергический), используемый для лечения спастичности, возникающей в результате рассеянного склероза (РС).

Зепозия (озанимод) представляет собой модулятор рецептора сфингозин-1-фосфата (S1P), показанный для лечения взрослых с ремиттирующим типом течения рассеянным склерозом.

Также это единственный одобренный модулятор рецептора S1P, который не требует генетического теста или наблюдения за первой дозой.

Кесимпта (офатумумаб) представляет собой CD20-направленное цитолитическое антитело (иммунотерапия), показанное для лечения взрослых пациентов с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим типом течения заболевания.

Выводы: На сегодняшний день разработаны передовые технологии лечения рассеянного склероза, но по-прежнему остаются актуальными вопросы патогенетического лечения, которые требуют дальнейших научных исследований.

Исмаилова О.А., Еремина Н.В., Потапова Ю.С., Молчанов А.С.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Пенза

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Актуальной проблемой пародонтологии на сегодняшний день является изучение влияний различных системных факторов на механизм развития заболевания. Резорбция кортикальной пластинки, межзубных перегородок и остеопороз кости челюсти рассматриваются как патогномоничные признаки заболевания. Костная ткань челюстей находится под влиянием как местных факторов, действующих со стороны ротовой полости, так и общих факторов, одним из которых является снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Существенный прирост данной патологии отмечен у женщин в постменопаузальном периоде. Для своевременной диагностики и формирования комплекса лечебных мероприятий у женщин с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) в постменопаузальном периоде необходимо учитывать особенности течения данного заболевания на фоне снижения минеральной плотности костной ткани. Диагностика должна быть комплексной, с сочетанным использованием денситометрии и рентгенографии. Наиболее перспективным методом последней является конусно-лучевая компьютерная томография.

Целью исследования явилось изучение рентгенологических особенностей заболеваний пародонта у женщин в период менопаузы.

Было обследовано 60 женщин в возрасте 55- 60 лет в постменопаузальном периоде с хроническим генерализованным пародонтитом и различной степенью минеральной плотности костной ткани. Всем пациентам проведено стандартное стоматологическое обследование, включающее индексную оценку тканей пародонта, измерение глубины пародонтальных карманов. Количественная оценка МПКТ проводилась с использованием денситометрического анализа состояния костной ткани проксимального отдела бедренной кости и поясничного отдела позвоночника на рентгеновском остеоденситометре Stratos DR (DMS, Франция). Выраженность остеопении оценивали по Т-критерию. Для выявления характера и степени патологического процесса в костной ткани челюстей и альвеолярных отростков применяли метод конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) на компьютерном томографе Galileos Comfort Plus (Sirona, Германия). При анализе срезов компьютерной томографии обращали внимание на структуру костной ткани: плотностные характеристики нижней челюсти определяли по двум точкам – область второго премоляра и угол нижней челюсти.

В результате исследования установлена корреляционная зависимость рентгенологической плотности костной ткани нижней челюсти от минеральной плотности костной ткани поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости. У пациенток хронический генерализованный пародонтит протекает по-разному: на фоне нормальной плотности костной ткани убыль альвеолярной кости челюстей идет преимущественно в вертикальном направлении, при снижении МПКТ убыль костной ткани альвеолярного отростка носит генерализованный характер, который идет равномерно в области всех зубов.

Таким образом, выявлена взаимосвязь процессов воспаления в тканях пародонта с показателями МПКТ. Это необходимо учитывать как при диагностике, так и для формирования комплекса лечебных мероприятий у пациенток с ХГП в постменопаузальном периоде.

Кавелина А.С., Попандопуло А.Г., Кравченко А.И.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ОРИЕНТАЦИИ АМНИОТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНЫ НА КУЛЬТИВИРОВАНИЕ КЛЕТОК РОГОВИЦЫ

Актуальность. В связи с отсутствием идеального субстрата в области создания биоинженерных конструкций искусственной роговицы, актуальной является разработка методик с совокупностью необходимых условий *in vitro*.

Цель исследования: оценить пролиферацию культивированных лимбальных эпителиальных клеток (ЛСК) и клеток плоского эпителия (КПЭ) роговицы глаза человека на стромальной и базальной сторонах амниотической мембраны (АМ).

Материалы и методы. Для исследования были использованы в качестве биологического субстрата криозамороженная сертифицированная АМ и активно пролиферирующие клеточные линии ЛСК и КПЭ роговицы глаза человека, протестированные на контаминацию к возбудителям инфекций. После размораживания стромальная сторона АМ утрачивает «липкость» и как базальная мембрана перестает обладать адгезивными свойствами. В 8-ми луночные плато помещали образцы АМ стромальной стороной вверх и базальной мембраной вверх, наносили на поверхности амниона по 10 тыс. ЛСК в 200 мкл питательной среды DMEM/F12 с ростовыми факторами. Культивирование осуществляли в стандартных условиях в CO₂ инкубаторе, с влажностью 95% при температуре 37°C. На протяжении этого периода наблюдали за сменой активности пролиферации клеток, их морфологией. После достижения конфлуэнтного лимбального монослоя на поверхности АМ, наносили суспензию КПЭ роговицы и культивировали в течение 3-5 дней при тех же условиях. Для изучения процессов, происходящих на поверхности субстрата и между монослоями культивированных клеток, после завершения культивирования проводили иммуногистохимические исследования. С целью идентифика-

ции были выбраны следующие антитела: p63, cytokeratin 19, cytokeratin 3/12, pan-cytokeratin, keratin sulfate, ALDH3A1, CD 117, EGFR, TGFb3, ABCDG 2, integrin β 1.

Результаты. При сравнительном анализе пролиферации культивированных клеток роговицы на базальной мембране и стромальной стороне амниона не наблюдалось изменений в морфологии культивированных клеточных линий и субстрата. Исходя из незначительных различий показателей пролиферативной активности, можно свидетельствовать о целесообразности культивирования клеток роговицы глаза человека, на обеих сторонах АМ.

Заключение. Приведенные данные свидетельствуют о перспективности применения методики создания биоэквивалента роговицы, а именно использование любой из ее сторон для культивирования с последующим применением при многочисленных патологических процессах роговицы, что во многом предопределяет исход осложнений.

Казанцев Д.А., Веденин Ю.И., Попов А.С.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

Исследования, посвященные периоперационному острому повреждению почек сосредоточены в основном на кардио- и ангиохирургических вмешательствах. Группа пациентов, которым выполнены экстренные абдоминальные общехирургические вмешательства, авторами опубликованных работ определена как имеющая высокий риск развития острого повреждения почек, однако, зависимость от типа интраабдоминальной операции и её влияние на частоту развития острого повреждения почек, а также на 30-дневную летальность, в полном объеме в современной литературе не освещена.

МЕТОДЫ.

Нами выделены группы пациентов согласно типу оперативного вмешательства в экстренной абдоминальной хирургии ($n = 57$). Острое повреждение почек определяли по следующим критериям: нарастание креатинина более 26,5 мкмоль/л в течение 48 часов, или нарастание креатинина более, чем в 1,5 раза от исходного, которое, произошло в течение 7 суток, или темп мочеотделения менее 0,5 мл/кг/ч в течение 6 часов. Для оценки относительных рисков развития острого повреждения почек в зависимости от характера оперативного вмешательства использовалось регрессионное моделирование прогнозирования риска. Взаимосвязь между типом оперативного вмешательства, острым повреждением почек и 30-дневной летальностью, оценивали с помощью регрессии относительного риска.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Средняя частота развития острого повреждения почек у пациентов, перенесших экстренные интраабдоминальные операции, составила 8,7% и варьировала от 0,2% при аппендэктомии до 3,6% при резекции тонкой кишки и 9,5% при резекциях толстого кишечника. 30-дневная летальность среди пациентов, у которых развилось острое повреждение почек составила 30,9%, в сравнении с 1,3% среди пациентов, интактных по развитию острого повреждения почек. Последующий анализ полученных данных с учетом коморбидности пациентов и характера оперативных вмешательств показал, что развитие острого повреждения почек в послеоперационном периоде ассоциировалось с 3,5-кратным увеличением риска 30-дневной летальности (скорректированное отношение рисков 3,51, 95% доверительный интервал [ДИ], 3,29-3,74). Среди оперативных вмешательств расчетный скорректированный коэффициент риска 30-дневной летальности, ассоциированной с острым повреждением почек, варьировал от 1,87 (95% ДИ, 1,62-2,17) при аппендэктомии, и до 31,6 (95% ДИ, 17,9-55,9) при оперативных вмешательствах на различных участках тонкого и толстого кишечника.

ВЫВОДЫ.

Таким образом, полученные нами данные показывают, что частота развития острого повреждения почек и её влияние на 30-дневную летальность варьируют в зависимости от типа оперативного вмешательства в экстренной абдоминальной хирургии. Это подчеркивает важность предоперационной

стратификации риска и определяет характер оперативного вмешательства как значимый фактор риска развития острого повреждения почек и 30-дневной летальности.

Исследования, посвященные периоперационному острому повреждению почек сосредоточены в основном на кардио- и ангиохирургических вмешательствах. Группа пациентов, которым выполнены экстренные абдоминальные общехирургические вмешательства, авторами опубликованных работ определена как имеющая высокий риск развития острого повреждения почек, однако, зависимость от типа интраабдоминальной операции и её влияние на частоту развития острого повреждения почек, а также на 30-дневную летальность, в полном объеме в современной литературе не освещена.

МЕТОДЫ.

Нами выделены группы пациентов согласно типу оперативного вмешательства в экстренной абдоминальной хирургии ($n = 57$). Острое повреждение почек определяли по следующим критериям: нарастание креатинина более 26,5 мкмоль/л в течение 48 часов, или нарастание креатинина более, чем в 1,5 раза от исходного, которое, произошло в течение 7 суток, или темп мочеотделения менее 0,5 мл/кг/ч в течение 6 часов. Для оценки относительных рисков развития острого повреждения почек в зависимости от характера оперативного вмешательства использовалось регрессионное моделирование прогнозирования риска. Взаимосвязь между типом оперативного вмешательства, острым повреждением почек и 30-дневной летальностью, оценивали с помощью регрессии относительного риска.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Средняя частота развития острого повреждения почек у пациентов, перенесших экстренные интраабдоминальные операции, составила 8,7% и варьировала от 0,2% при аппендэктомии до 3,6% при резекции тонкой кишки и 9,5% при резекциях толстого кишечника. 30-дневная летальность среди пациентов, у которых развилось острое повреждение почек составила 30,9%, в сравнении с 1,3% среди пациентов, интактных по развитию острого повреждения почек. Последующий анализ полученных данных с учетом коморбидности пациентов и характера оперативных вмешательств показал, что развитие острого повреждения почек в послеоперационном периоде ассоциировалось с 3,5-кратным увеличением риска 30-дневной летальности (скорректированное отношение рисков 3,51, 95% доверительный интервал [ДИ], 3,29-3,74). Среди оперативных вмешательств расчетный скорректированный коэффициент риска 30-дневной летальности, ассоциированной с острым повреждением почек, варьировал от 1,87 (95% ДИ, 1,62-2,17) при аппендэктомии, и до 31,6 (95% ДИ, 17,9-55,9) при оперативных вмешательствах на различных участках тонкого и толстого кишечника.

ВЫВОДЫ.

Таким образом, полученные нами данные показывают, что частота развития острого повреждения почек и её влияние на 30-дневную летальность варьируют в зависимости от типа оперативного вмешательства в экстренной абдоминальной хирургии. Это подчеркивает важность предоперационной стратификации риска и определяет характер оперативного вмешательства как значимый фактор риска развития острого повреждения почек и 30-дневной летальности.

Калиновская Я.Д., Антипов Н.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА

Согласно последним статистическим данным, болезнями полости рта страдает до 3,5 миллиарда человек во всем мире. Наиболее распространенной патологией является кариес постоянных зубов и онкологические процессы слизистой рта. По данным литературы и практическому опыту врачей-стоматологов ЦГКБ №1 г.Донецка, среди прочих методов исследования, отдельное место в диагностике заболеваний полости рта занимают морфологические методики, такие как: цитологическая и гистологическая.

Цитологический метод исследования основан на изучении структурных особенностей клеточных элементов и их конгломератов. Цитологические исследования можно выполнять несколькими спосо-

бами: отпечатки пораженного места и других участков слизистой полости рта, мазок на предметное стекло с помощью стерильной ученической резинки, способ соскоба (этот способ часто применяют при наличии язв, когда трудно взять мазок), способ по Ясиновскому (способ применяется при генерализованных поражениях пародонта и слизистой оболочки полости рта).

К достоинствам этого метода можно отнести: возможность определения точной структуры клеток, быстрота и простота выполнения, снижение травматичности для пациента

К недостаткам этого метода относятся: погрешность в результатах из-за действия внешних биологических факторов, трудность трактовки результатов в ряде случаев

Гистологический метод представлен в стоматологии пункционной, инцизионной и эксцизионной биопсиями. Применяют их для определения характера патологического процесса, уточнения диагноза между опухолевым процессом и воспалительным.

Достоинствами гистологического метода в стоматологии относятся следующее: достоверность полученных данных, улучшенное качество препаратов, возможность получить представление об отношении патологически измененных тканей к пограничным (при новообразованиях), а также о состоянии окружающих здоровых тканей, одновременность проведения диагностической и терапевтической процедуры (при эксцизионной биопсии).

Недостатков у данной методики в стоматологии практически не выявлено, за исключением факта недостаточно хорошей сохранности материала

Из всего вышеперечисленного, можно сделать следующие выводы:

1) В своей практике врач-стоматолог располагает большой группой морфологических исследований, которые необходимо использовать при диагностике и лечении пациентов

2) Цитологический метод отличается доступностью в использовании, по сравнению с гистологическим методом.

3) Гистологический метод является более обширным и более достоверным, по сравнению с цитологическим.

Калуга А.А., Маловичко И.С., Хоменко М.В., Яровая Н.Ф.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК КАК ФАКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

По всему миру от хронической болезни почек (ХБП) страдает около 10-12% населения. Распространенность и смертность от ХБП продолжает расти. В недавних когортных исследованиях только у 23-39% пациентов с ХБП диагноз был подтвержден и выставлен в медицинскую карту, что крайне важно. Например, пациентам без ХБП чаще назначают нефротоксичные препараты. По прогнозам к 2040 году ХБП станет пятой по частоте причиной смерти в мире. Заболевание является сильным и независимым фактором сердечно-сосудистого риска (ССР). Эксперты Европейской почечной ассоциации рекомендуют в зависимости от уровня расчетной скорости клубочковой фильтрации и соотношения альбумин/креатинин разделять ХБП на легкую, умеренно выраженную (связанную с умеренным ССР) и тяжелую (связанную с очень высоким ССР). В клинической практике диагностическими критериями ХБП названы структурные аномалии, снижение расчетной скорости клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин на 1,73 м² поверхности тела, повышение уровня соотношения альбумина к креатинину в моче выше 30 мг/г присутствующие в течение >3 мес и имеющие последствия для здоровья. В 2021 году Европейским обществом кардиологов было выпущено обновленное руководство по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), согласно которому снижение скорости клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин на 1,73 м² является фактором ССР. Для оценки степени тяжести ХБП необходимо определять уровень альбуминурии. Скрининг ХБП (с помощью определения уровня креатинина крови и соотношения альбумина к креатинину в моче) должен стать частью рутинной оценки ССР. При наличии ХБП следует рассмотреть назначение не только ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или блокаторов рецептора ангиотензина II, но

также и ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ-2, или глифлозины), особенно пациентам с сахарным диабетом 2 типа. У лиц с ХБП средней или тяжелой степени нет необходимости оценивать 10-летний риск развития фатальных и нефатальных ССЗ по шкале SCORE 2 или SCORE 2-OP. Всем пациентам с выявленной болезнью почек рекомендовано изменение образа жизни, включая здоровое питание и нормализацию веса. Необходимо контролировать уровень артериального давления, преимущественно с использованием блокаторов ренин-ангиотензиновой системы. Пациентам с хронической болезнью почек из группы высокого риска показано снижение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности ниже 1,8 ммоль/л, при очень высоком риске – ниже 1,4 ммоль/л. При высоком уровне альбуминурии, вне зависимости от артериального давления, показан прием блокаторов ренин-ангиотензиновой системы. Лекарственная терапия включает назначение ИАПФ и блокаторов рецептора ангиотензина II. Пациентам с сопутствующим сахарным диабетом показано назначение иНГЛТ-2 для предотвращения прогрессирования ХБП и развития сердечно-сосудистых событий. В случае отсутствия заболевания эксперты также рекомендуют рассмотреть вопрос о назначении препаратов. Для предотвращения развития ССЗ некоторым пациентам показан прием антагонистов минералокортикоидных рецепторов и/или ингибиторов PCSK9.

Калуга А.А., Хоменко М.В., Цыба И.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЕ С КУРЕНИЕМ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ

Повреждение легких, связанное с употреблением электронных сигарет или продуктов вейпинга – EVALI (E-Cigarette or Vaping Use-Associated Lung Injury), так назвали «легочную чуму» эксперты из Центра по контролю и профилактике заболеваний (ЦКЗ), Соединенные Штаты Америки (США). Вейпы охватили широкий диапазон возрастов: начиная от 10-11 лет и заканчивая людьми пожилого возраста. По данным Всемирной организации здравоохранения в 2019 году электронные сигареты использовали 41 млн человек. По состоянию на 18 февраля 2020 года было зарегистрировано 2807 случаев EVALI, приведших к госпитализации или смерти. Средний возраст пациентов составил 24 года. Термин «вейпинг» имеет английское происхождение и происходит от слова «vapor» – пар. Внутри электронной сигареты расположена емкость для специальной жидкости, нагревательный элемент и батарея. При активации происходит замыкание цепи, в результате раскаляется нагревательная спираль, образуя пар. Температура парения достигает 3000С. К базовым компонентам относятся следующие: пропиленгликоль, глицерин, вода, жидкий никотин. А так же ряд потенциально токсичных соединений: ароматизаторы, летучие органические соединения (бензол, толуол), карбонилы, бактериальные эндотоксины, ацетат витамина Е. При EVALI наблюдаются различные варианты повреждения легких включающие в себя острую эозинофильную пневмонию, организующую пневмонию, липоидную пневмонию, диффузное повреждение альвеол и острый респираторный дистресс-синдром (чаще), диффузное альвеолярное кровоизлияние, гиперчувствительный пневмонит, редкий гигантоклеточный интерстициальный пневмонит и респираторный бронхолит. В исследовании J. Layden et al., проанализирована вспышка заболевания в 2019 году. В исследование вошли 53 пациента с инфильтративными изменениями в легких и различными жалобами, которые не могли быть объяснены другими причинами. Пациенты жаловались на одышку (87%), кашель (83%), тошноту (70%), рвоту (60%), диарею (43%), лихорадку (81%). Двусторонние инфильтративные изменения были обнаружены у 100% больных. При гистологическом исследовании обнаружены признаки воспаления, диффузного повреждения альвеол, пенистые макрофаги, гранулематозный пневмонит. 92% пациентов были назначены системные глюкокортикостероиды внутрь или внутривенно, 65% отметили улучшение состояния в течение первых 3-х дней. На основании имеющихся данных можно выделить следующие факторы риска: возраст до 35 лет, частое использование электронных устройств (5 и более раз в сутки), использование жидкостей, содержащих ацетат витамина Е и тетрагидроканнабинол. При наличии респираторных симптомов у лиц использующих электронные сигареты всегда необходимо

учитывать возможность повреждения легких связанного с вейпингом, особенно когда клинику нельзя объяснить другими причинами. Своевременная диагностика и максимально раннее начало лечения стероидами могут сократить время пребывания в стационаре и ассоциированы с более благоприятным прогнозом. При появлении первых симптомов необходимо незамедлительное прекращение воздействия вредных веществ. Возобновление курения ассоциировано с развитием рецидива. Окончательно патофизиологические механизмы повреждения легких на сегодняшний день изучены не до конца. Не все пациенты нуждаются в госпитализации и могут лечиться амбулаторно короткими курсами стероидов. Лучший способ избежать проблем – не использовать электронные сигареты, в том числе в качестве метода избавления от вредной привычки.

Калюжин А.С.

ФБУН РостовНИИ микробиологии и паразитологии Роспотребнадзора г. Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

МОДЕЛЬ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ПО КОНТРОЛЮ САНИТАРНО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВОДНЫХ ОБЪЕКТОВ ДЛЯ ПРОГРАММЫ ЭВМ

Достижения в области охраны и укрепления здоровья населения, помимо социально-экономических факторов, во многом зависят от состояния окружающей среды. Специалисты в области здравоохранения и охраны окружающей среды в настоящее время отдают приоритетную значимость состоянию водной среды. Обеспечение безопасности граждан Российской Федерации предусмотрено в ст. 41,42 Конституции РФ.

В настоящее время сотрудниками лаборатории санитарной микробиологии водных объектов и микробной экологии человека ФБУН РостовНИИ микробиологии и паразитологии Роспотребнадзора разрабатывается модель программы ЭВМ «Программа по оценке микробного риска здоровью населения от возникновения кишечных инфекций бактериальной этиологии, ассоциированных с водным фактором «Water Risk»».

Предлагаемая модель программы основана на научно-обоснованной системе принятия решений и включает в себя определённый алгоритм действий:

1. Уровень формирования конкретных целей и задач анализа ГИС. Данный уровень предназначен для организации работы узкого профиля исследований с подробным разбором проблемных вопросов данной тематики и включает в себя проработку материально-технической базы для бесперебойного функционирования системы; нанесение точек отбора первичной информации на ГИС.

2. Уровень сбора и обработки первичной информации, отличительным элементом которого является недопущение возможных ошибок при отборе проб, таких как: соблюдение температурного режима; условий отбора и транспортировки проб; качественное проведение исследований полученных проб в лаборатории и т.д.;

3. Уровень формирования базы данных (БД) первичной информации ГИС.

4. Уровень расчёта оценки бактериального риска в водных объектах.

5. Уровень представления данных с БД на ГИС. Возможно послойное расположение полученных данных для дальнейшего эпидемиологического анализа. Также уровень предполагает межведомственный и ведомственный анализ данных, проведенных медико-биологических и экологических исследований.

6. Уровень экспертного заключения. На данном уровне возможно определение закономерностей, формирование прогнозов бактериального риска загрязнения водных объектов.

Предложенный алгоритм позволяет:

- проводить дистанционный контроль границ второго и третьего пояса санитарной охраны водных объектов, за счёт точности работы электронной системы и унифицированной системы координат;

- контролировать межрегиональные границы водных объектов в отношении бактериального риска;

- своевременно выявлять несанкционированный сброс диффузных стоков в поверхностные воды;
- выявлять актуальную аналитику антропогенной нагрузки при междисциплинарном взаимодействии и аргументированно направлять целевые средства регионального и федерального бюджета на устранение приоритетных источников загрязнения водных объектов конкретной территории.

Каменева Ю.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НАРУШЕНИЯ ПИГМЕНТАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Актуальность исследования. В практике врача-педиатра нередко встречаются пигментные нарушения в виде пятен, которые имеют различное происхождение при сходной клинической картине. Наиболее часто у детей раннего возраста встречаются пятна цвета «кофе с молоком», они бывают различных размеров и форм. Эти пятна отличаются светло-коричневым цветом, иногда с желтоватым оттенком. В ряде случаев такие пятна могут свидетельствовать о генетически обусловленном системном заболевании. Множественные пятна патогномичны для нейрофиброматоза, могут наблюдаться при других фактоматозах (туберозный склероз, синдром Олбрайта, синдром эпителиального невуса и др.).

Цель исследования. Проанализировать встречаемость пигментных нарушений среди детей раннего возраста, проходивших плановый осмотр у врача-педиатра консультативного приема Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака в 2022 году.

Материалы и методы. Изучение амбулаторной карты развития детей раннего возраста, собственное наблюдение (опрос, сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования), наблюдение детей с пигментными нарушениями в динамике.

Результаты исследования. Проанализирована встречаемость пигментных нарушений среди детей раннего возраста, проходящих плановый осмотр у врача-педиатра. Пигментные нарушения были выявлены у 30 детей. У большинства осмотренных детей (86,6%) выявлены пятна в количестве 2 и более. Наиболее часто встречались пятна цвета «кофе с молоком», имеющие четкие границы и разнообразную форму. В основном пятна располагались на туловище и конечностях, иногда в крупных складках – подмышечных и паховых. Размер пятен варьировал от 3-4 мм до 2 см. На момент первичного осмотра нельзя было исключить возможность начала манифестации фактоматозов. У 6% детей пигментные пятна располагались в волосистой части головы, что послужило основанием для направления их для дальнейшего неврологического осмотра. Родители девочки 3-х лет жаловались на наличие косоглазия левого глаза. На коже ребенка с рождения имеются пятна «кофе с молоком». Офтальмоскопия левого глаза: бледный с сероватым оттенком и четкими границами диск зрительного нерва. Результаты зрительных вызванных потенциалов: со стороны левого глаза имеются нарушения функций волокон зрительного нерва. МРТ головного мозга: глиома левого зрительного нерва, немногочисленные очаговые изменения ствола мозга, гемисферы мозжечка и базальных ядер слева. Установлен окончательный клинический диагноз: глиома зрительного нерва левого глаза, нейрофиброматоз I типа, частичная атрофия зрительного нерва. Под длительным наблюдением находился мальчик 8-ми лет. С раннего возраста отмечалось появление множественных кофейных пятен на туловище и нижних конечностях. В возрасте 8-ми лет мать ребенка отметила прогрессивное снижение слуха. МРТ головного мозга: объемные образования в области внутренних слуховых проходов и цистерн мосто-мозжечковых углов. Поражение левой лобной области неясного генеза. По результатам проведенного обследования установлен клинический диагноз: нейрофиброматоз II типа, невриномы слуховых нервов, новообразование лобной доли слева. Двусторонняя нейросенсорная тугоухость III степени, глухота II степени.

Выводы. Считается, что единичные пятна цвета «кофе с молоком» могут встречаться у здоровых лиц. Однако множественные пятна у детей раннего возраста требуют длительного диспансерного наблюдения, осмотра членов семьи, дополнительных методов исследований. У детей раннего возраста дифференциальный диагноз таких пятен особенно сложен. Это связано с тем, что большинство фактоматозов с системными проявлениями характеризуются возрастной зависимостью появления других клинических симптомов.

Канана А.Я., Ярощак С.В., Бессонова А.Д.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», Донецк
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕСТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ КАМНЕЙ ПОЧЕК

Лапароскопическая пиелолитотомия является одним из методов в лечении крупных камней почек.

Целью работы было проанализировать непосредственные и отдаленные результаты лапароскопической пиелолитотомии.

Материал и методы. Проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов лапароскопической пиелолитотомии у 52 больных. Критерии включения: больные с конкрементами внепочечных лоханок размерами более 15мм вне зависимости от их плотности. Критерии исключения: внутрипочечная лоханка, острый пиелонефрит, острая почечная недостаточность, тяжелая сопутствующая патология. Ограничений по возрасту, полу, особенностям конституции, массе тела и другим общим показателям не было. Возраст больных составил от 20 до 72 лет, средний возраст $48,8 \pm 3,5$ года, медиана – 52,4 года. Мужчин было 29 (55,8%), женщин – 23 (44,2%). У 28 (53,8%) больных диагностирован нефролитиаз слева, у 24 (46,2%) справа.

Результаты и обсуждение. Состояние stone-free достигнуто в 96% случаев. Конверсий доступа не было. В 2 случаях отмечена миграция мелких осколков в средний и нижний бокалы – выполнена дистанционная литотрипсия. Симультантные операции были произведены у 8 (15,4%) больных. В одном случае камень лоханки сочетался с камнем нижней трети ипсилатерального мочеточника, были выполнены уретеролитотомия и пиелолитотомия. У трех больных мочекаменная болезнь являлась осложнением дисплазии пиелоуретерального сегмента и гидронефроза в связи с добавочным нижнеполярным сосудом. Выполнена пиелолитотомия и пластика по Андерсону-Хайнсу. У одной больной камень почки сочетался с нефроптозом – выполнена лапароскопическая пиелолитотомия и нефропексия. В трех случаях после пиелолитотомии выполнено иссечение крупных кист почки. Дренирование мочевыводящих путей путем установки мочеточникового стента выполнено во всех случаях. Длительность операции составила от 60 до 160мин, в среднем 103 ± 16 мин. Интраоперационная кровопотеря не превышала 50-100мл. Страховые дренажи удаляли на 3-4 сутки после операции. Послеоперационный койко-день составил от 4 до 14 сут, в среднем $6,8 \pm 1,2$ сут. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения зафиксированы у 15 (28,8%) больных. Обострение хронического пиелонефрита наблюдалось у 12 (23%) пациентов. У двух (4%) больных отмечалось подтекание мочи по дренажам, в этих случаях выдерживали и подтягивали страховочные дренажи, в течение 5 и 7 суток подтекание прекратилось. В одном (1,9%) случае выявлена стриктура анастомоза после пиелолитотомии и пиелоуретеропластики и стриктура юкставезикального отдела этого же мочеточника, в связи с чем была выполнена тотальная илеоуретеропластика. Летальных исходов не было.

Выводы. Лапароскопическая пиелолитотомия является эффективным и относительно безопасным способом лечения камней почек. Показания: камни внепочечных лоханок, аномалии развития почек, симультанная патология (кисты почек, дисплазия пиелоуретерального сегмента, нефроптоз), высокий риск септических осложнений традиционной нефролитолапаксии, необходимость выполнения сочетанных операций на органах брюшной полости.

Канана А.Я., Ярощак С.В., Бессонова А.Д.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», Донецк
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ МАЛОИНВАЗИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

В настоящее время доля пациентов с локализацией камня в различных отделах мочеточника составляет до 50%. При выборе лечебной тактики принимаются во внимание размер и локализация конкремента, степень обструкции мочевыводящих путей, наличие и интенсивность воспалительного процесса в заблокированной почке, выраженность клинических проявлений заболевания.

Целью работы было проанализировать непосредственные и отдаленные результаты контактной ретроградной лазерной уретеролитотрипсии (КУЛТ) и лапароскопической уретеролитотомии.

Материал и методы. Проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов КУЛТ (191 больных) и лапароскопической уретеролитотомии (85 больных). Возраст больных от 23 до 79 лет, средний возраст $51,6 \pm 3,7$ года, медиана – 52,8 года. Мужчин 142 (51,4%), женщин – 134 (48,6%). У 137 (50,9%) больных диагностирован уретеролитиаз слева, у 132 (49,1%) справа. У 7 (2,5%) выявлены конкременты обоих мочеточников, причем все они были прооперированы одновременно с обеих сторон.

Результаты и обсуждение. При КУЛТ полная фрагментация конкрементов и эвакуация осколков размером более 3мм достигнута у 187 (97,9%) больных. При этом 100% эффективность была получена у пациентов с локализацией камней в нижнем и среднем отделах мочеточника. Эффективность ретроградной КУЛТ при камнях верхних отделов мочеточника составила 91,3%. Интраоперационные осложнения (повреждения слизистой и подслизистого слоя, перфорация мочеточника) констатированы у 29 (15,2%) больных, послеоперационные (обострение хронического пиелонефрита, стриктура мочеточника) – у 71 (37,2%) больных. Эффективность данного метода зависит от локализации конкремента, а безопасность – от размеров конкремента и длительности его нахождения в одной позиции в мочеточнике. При лапароскопической уретеролитотомии состояние stone-free достигнуто во всех случаях. Конверсия доступа выполнена в одном (1,2%) случае. Симультанные операции были произведены у 4 (4,7%) больных. В одном случае камень нижней трети мочеточника сочетался с камнем лоханки ипсилатеральной почки, были выполнены уретеролитотомия и пиелолитотомия, в трех случаях после уретеролитотомии выполнено иссечение крупных кист почки. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения зафиксированы у 28 (32,9%) больных: у 26 (30,6%) пациентов – обострение хронического пиелонефрита, в 2 (2,4%) случаях – подтекание мочи по дренажам. Летальных исходов и поздних послеоперационных осложнений не было.

Выводы. КУЛТ и лапароскопическая уретеролитотомия являются достаточно эффективными и относительно безопасными способами лечения камней различных отделов мочеточника. Эффективность КУЛТ зависит от локализации конкремента, а безопасность – от размеров конкремента и длительности его нахождения в одной позиции в мочеточнике. При наличии крупных (более 12мм) и «вколоченных» конкрементов, сопутствующих заболеваний ипсилатеральной почки, аномалий развития мочевыводящих путей, необходимости выполнения сочетанных операций на органах брюшной полости, предполагаемой низкой эффективности или противопоказаниях к другим малоинвазивным методам лечения показана лапароскопическая уретеролитотомия.

Канана Н.Н., Баешко Г.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС, ДЕЗАДАПТАЦИЯ И НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В настоящее время значительная часть детей школьного возраста испытывает неблагоприятное воздействие на организм различных социально-гигиенических, психологических и технических факторов внешней среды, нарушающих адаптацию. Интенсификация учебного процесса в школе,

дистанционное обучение способствуют увеличению числа детей и подростков, нуждающихся в медико-социальной и педагогической помощи. Известно, что наиболее неблагоприятным является длительное воздействие указанных факторов. Особенно следует отметить значение влияния хронического стресса и длительного пребывания на территории, где ведутся боевые действия. Нарушения сердечного ритма (НРС) и проводимости, наряду с врожденными пороками сердца, занимают ведущее место в структуре сердечно-сосудистой патологии у детей. Частота встречаемости тяжелых форм аритмий достигает 1:5000 детского населения, а жизнеугрожающих аритмий – 1:7000. По данным холтеровского мониторирования (ХМ), от 50 до 90% у условно здоровых детей выявляются те или иные нарушения сердечного ритма. В основе НРС чаще лежат органические поражения сердца врожденного и приобретенного генеза. Вегетативная дисфункция (ВСД) в 60-70% случаев может сочетаться с пролапсом митрального клапана. Клинические симптомы аритмии у детей разнообразны: от бессимптомного течения до тяжелого течения. На сегодняшний день остаётся малоизученной как клиническая, так и патоморфологическая картина нарушений ритма и проводимости сердца у детей, проживающих в условиях хронического стресса.

Цель: анализ нарушений ритма сердца у детей, проживающих на территории Донбасса в условиях хронического стресса.

Материал и методы: Всего обследовано 56 детей в возрасте от 7 до 18 лет. Девочек было 32 чел., мальчиков -18 чел. Всем детям выполнялись стандартная ЭКГ, ЭХО КГ и ХМ. Наблюдение проводилось в динамике каждый год. Длительность наблюдения составила 7,5 лет (2014-2022г.)

Результаты. По данным ЭХОКГ структурные изменения в миокарде выявлены у 40 (71%) пациентов. Чаще всего выявляли пролапс митрального клапана (ПМК) – 26 (65%) чел., а пороки сердца составили – 14 (15%) чел. Нарушения ритма сердца по данным стандартной ЭКГ и ХМ чаще выявлялись в группе детей с пороками сердца и ПМК. Они были представлены в виде наджелудочковых (НЖЭ) – 80%: одиночных – 75%, парных – 10% и групповых – 5%, а также, желудочковых экстрасистол (ЖЭ) до 20%. Среди нарушений ритма у – 8 (2%) детей с врожденными пороками сердца выявили СССУ, АВ блокаду 1-3 степени. Жизнеугрожающие нарушения ритма в виде ЖЭ 3-5 градаций по Лауну встречались у 5 (2%) детей. У 2 (5%)-х пациентов регистрировался синдром WPW. По данным ХМ в динамике в 2021г. частота НЖЭ и доля жизнеугрожающих аритмий снизилась: НЖЭ с 80% до 35%, а ЖЭ с 20% до 1,4%. Эти данные коррелируют с нормализацией социально-экономической ситуацией в Донбассе. Однако, после обострения боевых действий у 10% детей наблюдалось клинически значимое обострение аритмий. По данным ХМ выявлены пароксизмы ЖЭ высоких градаций и наджелудочковых тахикардий. Практически у всех детей наблюдались симптомы дезадаптации различной степени, которые проявлялись в виде повышенной тревожности, нарушения сна, повышенной утомляемости, снижения памяти и трудоспособности.

Выводы. Прослеживается связь между выраженностью нарушений ритма сердца у детей на фоне хронического стресса и ухудшением социально-экономической ситуации на территории Донбасса. Хронический стресс увеличивает риск возникновения НРС, в том числе, жизнеугрожающих аритмий, и нарушает процессы адаптации.

Карабак И.С., Матийцив А.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ВОПРОСУ ОБ ЭМПИРИЧЕСКОМ ВЫБОРЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВЫЗВАННОЙ E. TARDA

Актуальность. Одной из редко встречаемых, но смертельно опасной инфекцией является пресноводный патоген *E. tarda* и в большинстве случаев клинически проявляется гастроэнтеритом. В литературе описаны редкие потенциально опасные для жизни состояния: бактериемия, тяжелые случаи целлюлита, некроза кожи и мышц, а также остеомиелита, со смертельным исходом до 50%, особенно у пациентов с ослабленным иммунитетом. Глобальное потепление, сопровождающееся повышением температуры воды в мировом океане, способствует росту данного возбудителя в воде, а, следовательно, распространению данной инфекции в популяции.

Цель исследования. Обосновать эмпирический выбор антибиотиков у пациентов с раневой инфекцией мягких тканей, вызванной *E. tarda*.

Материалы и методы. Были проанализированы и обобщены 24 литературных источника, сообщающих об особенностях течения и лечения раневой инфекции, вызванной *E. tarda* и 2 собственных клинических наблюдений.

Результаты и их обсуждение. Под наблюдением находились двое больных с инфицированными ранами нижних конечностей. При поверхностном осмотре раневая поверхность соответствовала кластридиальной анаэробной инфекции, детальный осмотр позволил выявить следующие отличия: размножение бактерий в ране не вызвало клинически значимого газообразования (отсутствовала газовая крепитация), мионекрозы носили поверхностный характер, течение последних соответствовало привычной анаэробной инфекции с большим количеством экссудата. Эмпирически были выбраны следующие антибиотики: в первом случае цефтриаксон и меропенем, тогда как во втором – цефтриаксон и метронидазол. Несмотря на проводимую терапию на 2-3 сутки состояние пациентов стало ухудшаться, в ране появились признаки септического воспаления и нагноения. На седьмые сутки по результатам микробиологического исследования, стал известен возбудитель раневой инфекции – *E. tarda*. Результаты определения чувствительности к химиотерапевтическим препаратам показали, что инфекция в наших случаях оказалась устойчива к цефотаксиму, цефуроксиму (уст. 0мм.), тогда как в одном случае чувствительна к фторхинолонам (левофлоксацину (чув. 16 мм.)), а в другом – к гентамицину (чув. 17 мм.). Схема антибактериальной терапии была скорректирована. На фоне проводимого лечения местные и системные признаки септического воспаления стали регрессировать, в ране появились вялотекущие грануляции.

Анализ литературных данных свидетельствует о том, что традиционная антибиотикотерапия при данной инфекции включает стандартное лечение грамотрицательных бактерий бета-лактамами, цефалоспорины III-IV поколений, фторхинолонами, карбапенемами и аминогликазидами. Вместе с тем, наш опыт позволяет предположить, что в течение последних десятилетий чувствительность *E. tarda* изменилась, поэтому антибиотики, применяемые, как правило, в качестве эмпирической антибиотикотерапии, не дают ожидаемых положительных результатов данной инфекции.

Выводы. Результаты собственных исследований и анализ литературы свидетельствует, что в качестве эмпирической антибиотикотерапии у пациентов с раневой инфекцией мягких тканей, вызванной *E. tarda* целесообразно назначать комбинацию левофлоксацина и гентамицина.

Кардаш А.М., Барарненко Б.А., Ротарь Т.В., Листратенко Д.А., Ярмак А.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАВИГАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ BRAINLAB

Основной задачей нейрохирургии при удалении объемных образований головного мозга является его тотальное удаление с минимальным повреждением функционально значимых участков, нервов и сосудов. В настоящий момент золотым стандартом оказания нейрохирургической помощи пациентам с образованиями головного мозга является использование навигационной системы. Благодаря визуализации процесса в трёх проекциях – коронарная, сагиттальная, аксиальная, обеспечивается объективное представление о взаимоотношении образования с окружающим его веществом головного мозга, а также его сосудистой системой, что особенно важно при незначительных размерах образований, их глубинной локализации, а также при смещении анатомических структур.

В нейрохирургическом отделении №2 ДОКТМО используется навигационная система Brainlab. Удобством её использования является относительно легкая подготовка на предоперационном уровне, обеспечивающаяся установленным в клинике нейрохирургии ДОКТМО компьютерным томографом фирмы Philips, модели Brilliance 16 с программным обеспечением для навигационной системы с толщиной среза 1 мм. Для определения точного размера и локализации образований может быть использована компьютерная томография с внутривенным усилением. Проведенные исследования, оцифрованные на CDR-дисках загружаются в цифровую базу нейронавигатора Brainlab Navicare с

последующим выстраиванием трехмерного изображения объёмного образования головного мозга и построением к нему оптимальной траектории доступа с учётом анатомической доступности и физиологической дозволенности в каждом конкретном случае.

С периода августа 2021г. по настоящий момент было прооперировано 120 пациентов с использованием данной системы. Среди прооперированных 67% составили пациенты со злокачественными образованиями головного мозга – 80 человек, 30% – с доброкачественными образованиями головного мозга – 36 человек, 1% – с абсцессами – 1 человек, 1% – с инородными телами металлической плотности – 2 человека, 1% – с новообразованиями орбиты – 1 человек. Согласно гистологической структуре, полученной в послеоперационном периоде, среди злокачественных образований головного мозга большую часть составили глибластомы (GRADE IV) – 39% и метастазы головного мозга – 33%. Астроцитомы (GRADE III) составили 23%, олигодендроглиомы – 5% (GRADE II). Среди доброкачественных образований абсолютное большинство занимали менингиомы и невриномы – 70%.

С февраля 2022г. в связи с активностью боевых действий и обилием пациентов с огнестрельными ранениями головного мозга, нейронавигационное оборудование применялось также для удаления инородных тел металлической плотности (пули, осколки).

Использование навигационной системы оптимизировало размеры кожных разрезов, требующихся для проведения краниотомий, что снизило объем кровопотери и продолжительность операций. В ряде случаев это позволяет проводить оперативные вмешательства пациентам с множественным поражением головного мозга (множественные метастазы головного мозга) одномоментно. Также особый интерес для использования навигационной системы представляют объёмные процессы и инородные тела небольших размеров с поверхностной локализацией – в 1/3 случаев размеры краниотомии удалось уменьшить вдвое, соблюдая при этом принципы абластики. С учетом вышеизложенного существенно сокращается объем используемых расходных материалов, необходимых для проведения оперативного вмешательства, что особенно ценно в условиях военного времени.

Оптимальная траектория с момента вскрытия твёрдой мозговой оболочки до достижения объёмных процессов, получаемая под контролем нейронавигации, ускоряет удаление визуализированного образования и уменьшает возможный неврологический дефицит в послеоперационном периоде в том числе за счёт меньшей травматизации паренхимы головного мозга.

Исходя из вышеизложенного, использование навигационной системы Brainlab Navicare позволило нам минимизировать хирургическую травму головного мозга и, как результат, предупредить развитие или усугубление неврологического дефицита в послеоперационном периоде.

Кардаш А.М., Кардаш В.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕРВНЫХ СТЕЛОЛОВ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ

Современный исторический период характерен наличием многочисленных локальных войн и военных конфликтов. Боевые действия в Донбассе начатые в 2014году не прекращаются до сих пор. Во время боевых действий используется самое современное оружие соответственно меняется и характер его воздействия на человеческий организм.

В своем сообщении мы обобщали опыт оказания нейрохирургической помощи раненым, с повреждением нервных стелолвов конечностей при огнестрельных ранениях и в частности при минно-взрывной травме.

Под нашим наблюдением за период 2014-2022гг находилось 68 раненых из них 41 после минно-взрывных травмы и 27 после пулевых ранений. Все больные оперированы. Наиболее часто ранениям были подвержены нижние конечности – 39 случаев, с повреждением костей конечностей-4 и крупных сосудов – 3 случая.

По степени поражения нервного стелова диагнозы подразделяли: ушиб, полное повреждение нервного стелова, частичное повреждение и его сдавливание.

Ушиб нервного ствола: нарушена проводниковая функция нерва. Нервный ствол не попадает в раневую канал, а находится рядом. Это происходит чаще всего при сквозных пулевых ранениях. В таких случаях регресс неврологической симптоматики проявляется в первые дни после операции.

При полном повреждении нервного ствола полностью выпадает проводниковая функция нерва. Это происходит чаще при минно-взрывной травме с наличием обширной раны и размозжёнными краями мягких тканей. При таком ранении часто бывает выраженным диастоз между отрезками нерва после освежения их концов.

Частичные повреждения нервного ствола было отмечено, в основном, при ранениях седалищных нервов, когда страдала или малоберцовая его порция или большеберцовая. Во время операции сшивали поврежденные порции седалищного нерва.

Сдавление нервного ствола в остром периоде обычно наблюдалось при минно-взрывной травме. Сдавление осуществлялось обрывками мягких тканей, инородными телами (осколки ранящего снаряда, костными фрагментами) при анатомической целостности нервного ствола. Операция заканчивается в таких случаях санацией раны и противовоспалительными мероприятиями.

Большое значение в лечении боевой травмы периферических нервов имеет правильный выбор тактики лечения. При наличии ранения мягких тканей в проекции нервного ствола и отсутствии симптоматики поражения нерва необходима первичная хирургическая обработка раны и консультация невролога после снятия швов. Если в результате ранения имеется симптоматика полного нарушения проводимости нервного ствола – показано оперативное вмешательство на нерве. При частичном нарушении проводимости, раненому в течении 3-х месяцев проводим восстановительную терапию и и при отсутствии эффекта – оперируем.

Кардаш А.М., Кардаш В.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

Хроническая субдуральная гематома (ХСГ) является распространенным заболеванием в нейрохирургической практике, наиболее частой причиной, которой является черепно-мозговая травма легкой и средней степени. Ежегодная заболеваемость ХСГ составляет 8,2-20,6 человек на 100 000 и 58-80 на 100 000 населения среди лиц в возрасте 70 лет и старше. В связи с ростом продолжительности жизни населения и увеличением распространенности атеросклероза, сахарного диабета, артериальной гипертензии, применения гемодиализа, антикоагулянтов и др. ожидается двукратный прирост пациентов с ХСГ к 2030 году. ХСГ выявляются как у пожилых лиц, так и в молодом, и среднем возрасте, а также у детей.

Патогенез ХСГ включает взаимосвязанные механизмы кровоизлияния и воспаления между твердой и паутинной оболочками, с образованием неомембран, реакциями ангиогенеза и фибринолиза, которые приводят к увеличению объема ХСГ и компрессии головного мозга.

Клинические проявления ХСГ характеризуются выраженным полиморфизмом и могут включать: очаговые мозговые и психические нарушения, менингеальный синдром, инсультподобный синдром, эпилептические приступы, что затрудняет своевременность и точность диагностики ХСГ.

Основным методом лечения ХСГ и декомпрессии головного мозга является оперативное удаление и дренирование гематомы с помощью краниотомии или трепанации черепа. Несмотря на постоянное совершенствование оперативных вмешательств и методов консервативного лечения, применение малоинвазивных методов лечения, рецидивы ХСГ регистрируют в 5-38% случаев. Факторами риска развития рецидивов ХСГ являются мужской пол, пожилой возраст, объем гематомы, рентгенологическая плотность, развитие дислокационного синдрома со смещением средней линии и др. Особенную роль в возникновении, прогрессировании и рецидивировании ХСГ играют факторы, которые регулируют процессы воспаления и клеточной пролиферации неомембран, ангиогенеза и фибринолитической активности гематомы. Патогенетически обоснованное лечение с применением глюкокортикоидов, тром-

болитиков, статинов и др. имеет персонализированную направленность, связанную с торможением индуцирующего влияния провоспалительных цитокинов на клеточную пролиферацию неомембран и неоваскулогенез, лизисом тромбов, препятствующим активному дренированию полости гематомы. Течение ХСГ и развитие возможных рецидивов во многом зависит от концентрации провоспалительных цитокинов, васкулоэндотелиального фактора роста, ингибитора активатора плазминогена. Полиморфизмы генов, которые отвечают за синтез регуляторных белков, возможно, являются одними из факторов, влияющих на ключевые звенья патогенеза ХСГ. Определение роли генетического полиморфизма rs2010963 гена VEGFA, rs1799768 гена PAI-1, rs1800795 гена IL6 в развитии ХСГ, значимость связей с клиническими проявлениями ХСГ и их практическом значении для прогноза заболевания в настоящее время изучено недостаточно и в доступной нам литературе отсутствует.

Определение клинико-неврологических, молекулярно-генетических факторов позволит выбирать оптимальные способы лечения, объем операции и режим послеоперационного наблюдения для каждого пациента индивидуально, что, в свою очередь, повысит эффективность и безопасность лечения больных с ХСГ.

Кардаш А.М., Кардаш В.П., Коровка С.Я., Кишеня М.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПОЛИМОРФИЗМ RS1800795 ГЕНА IL6 И РИСК РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

Хроническая субдуральная гематома (ХСГ) – один из наиболее частых видов внутричерепного кровоизлияния, имеет достаточно благоприятный прогноз при условии ранней точной диагностики и эффективном лечении. В основном ХСГ возникают у пожилых людей, хотя могут проявляться у детей и в молодом возрасте. В последнее время отмечается рост заболеваемости ХСГ из-за увеличения продолжительности жизни населения. ХСГ располагается между твердой и арахноидальной оболочками, состоит из жидкой крови и ограничивается наружной и внутренней мембраной. В патогенезе ХСГ участвуют неоангиогенез, процессы воспаления, локальный фибринолиз, обуславливающие повторяющиеся кровоизлияния и трансудацию спинномозговой жидкости в субдуральное пространство. Важную роль в регуляции воспаления принадлежит цитокинам. Активную роль в развитии воспаления играет интерлейкин-6 (IL6), обладающий множественными эффектами, ведущим из которых является тканевая реконструкция с рекрутированием лейкоцитов, пролиферацией и дифференцировкой клеток мембраны ХСГ за счет активации молекул адгезии хемокинов. Уровень экспрессии IL6 существенно зависит от аллельных вариантов полиморфных локусов гена IL6, частота встречаемости которых имеет значительную популяционную вариабельность, способную влиять на интенсивность воспалительных реакций. Наиболее изученным аллельным полиморфизмом гена IL6 является однонуклеотидный полиморфизм rs1800795, проявляющийся заменой G на C в -174 позиции промоторной области гена, который определяет скорость транскрипции IL6.

С целью изучения ассоциации полиморфизма rs1800795 гена IL6 с развитием и прогрессированием ХСГ исследованы образцы цельной крови 246 больных ХСГ и 65 человек контрольной группы, перенесших легкую ЧМТ без развития ХСГ. Все пациенты были разделены на 2 группы: I группа – 184 человека с безрецидивным и II группа – 62 человека с рецидивирующим течением ХСГ. Генотипирование выполнено методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией. В качестве реагентов для амплификации использовали тест-систему «SNP-экспресс, IL-6 (C-174G)», НПФ «Литех» (РФ).

Установлены ассоциации генотипа GG и аллели G с развитием ХСГ ($\chi^2=7,53$; $p=0,023$ и $\chi^2=6,91$; $p=0,009$) и рецидивов заболевания ($\chi^2=10,56$; $p=0,005$ и $\chi^2=10,76$; $p=0,001$). Риски развития ХСГ и их рецидивирования по сравнению с контрольной группой возрастали более чем в 1,7 раза (ОШ=1,79; 95% ДИ 1,02-3,15) и в 2,7 раза (ОШ=2,70; 95% ДИ 1,32-5,54), соответственно, при увеличении частоты генотипа GG, а также, более чем в 1,7 раза (ОШ=1,71; 95% ДИ 1,14-2,56) и, более чем в 2,5 раза (ОШ=2,51; 95% ДИ 1,44-4,38), соответственно, при увеличении частоты аллели G, а также повышало

риск рецидивирования ХСГ более чем в 1,6 раз (ОШ=1,65; 95% ДИ 1,01-2,68) при сравнении I и II групп. Связь генотипа GG и аллели G с развитием и рецидивированием ХСГ указывали на патогенетическую роль цитокина IL-6, синтез которого регулируется геном IL6, участвующего в формировании реакций местного воспаления в гематоме, способствующих инициации, прогрессированию и рецидивированию заболевания.

Генетический риск развития и рецидивирования ХСГ ассоциирован с генотипом GG и G -аллельным полиморфизмом rs1800795 гена IL6. Изучение его роли в патогенезе заболевания позволит создать прогностические модели развития ХСГ и разработать эффективные профилактические мероприятия его осложнений.

Кардаш А.М., Коровка С.Я., Кардаш В.П., Кишеня М.С., Власова Р.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОПЕПТИНА В ОЦЕНКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) представляет собой механическое повреждение головного мозга и его структурных образований (мозговых оболочек, сосудов, черепно-мозговых нервов). Составляет третью часть среди всех травм, среди летальных исходов при травмах удельный вес ЧМТ достигает 50-60%. Среди причин смертности людей молодого и среднего возраста ЧМТ выходит на первое место, опережая сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Ежегодно в мире регистрируется более 13 млн новых случаев отсроченной инвалидности после перенесенной ЧМТ. Важной составляющей в ведении пациентов с ЧМТ является оценивание прогноза клинического течения и исхода повреждения головного мозга.

В последние годы активно ведется разработка прогностических инструментов для создания клинических протоколов и рекомендаций по лечению больных с ЧМТ. В патогенезе церебральных повреждений рассматривается потенциальная роль вазоконстриктора копептина, представляющего С-концевую часть превазопрессина, который в ответ на осмотические и гемодинамические стимулы секретируется нейрогипофизом в эквимолярном соотношении с вазопрессинном, но отличается от него большей стабильностью. Представляются перспективными исследования роли копептина в оценке прогнозирования исходов ЧМТ средней тяжести.

Целью работы явилось изучение прогностического значения копептина в оценке посттравматического ишемического повреждения головного мозга.

Проанализированы данные клинических исследований 120 больных с ЧМТ средней тяжести (СЧМТ) с ушибами мозга средней тяжести. Больные разделены на 2 группы: в 1-й группе (45 человек – 37,5%) с оценкой по шкале ком Глазго (GSC) 11-12 баллов, во 2-й (75 человек – 62,5%) – 9-10 баллов. Содержание копептина определяли в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа. Наблюдение за лицами после СЧМТ через 6 и 12 месяцев выявило прогрессирование неврологического дефицита менее 6 баллов с оценкой по расширенной шкале исходов Глазго (GOSE). В контрольную группу были включены 40 здоровых человек.

Исследование уровня копептина показало его достоверное увеличение, как в 1-й так и во 2-й группе в первые сутки после ЧМТ по сравнению с контрольной группой. У больных 1-й и 2-й групп в течение 24 часов после ЧМТ уровень копептина был выше в 2 раза ($p < 0,001$) и 2,63 раза ($p < 0,001$), чем в контрольной группе (0,249 (0,183-0,313)) нг/мл, соответственно, 0,496 (0,356-0,650) нг/мл в 1-й и 0,654 (0,425-0,815) нг/мл во 2-й группе. Через 6 месяцев после ЧМТ отмечали значимое снижение концентрации копептина в 1,5 и 1,8 раза ($p < 0,001$) в сравнении с острым периодом СЧМТ, при этом уровень вазорегуляторного пептида оставалась достоверно повышенной в 1,34 и 1,46 раза ($p < 0,001$) в сравнении с контрольным уровнем, соответственно. Через 12 месяцев после ЧМТ у лиц 1-й группы содержание копептина немного превышало уровень контроля, но без признаков достоверности, во 2-й группе значимое увеличение копептина в 1,35 раза ($p < 0,001$) в сравнении с контролем сопровож-

ждалось нейрокогнитивными, нейропсихологическими и нейровизуализационными нарушениями, расстройствами двигательной функции и чувствительности.

Таким образом, копептин имел прогностическое значение для исходов СЧМТ, что может позволить использовать его в качестве биомаркера для своевременного выявления больных с высоким риском развития посттравматических ишемических и атрофических повреждений головного мозга.

Кардашевская Л.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака»

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ АЛЛАПИНИНА И НИЗКИХ ДОЗ СОТАЛОЛА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПОТИРЕОЗОМ И ИСХОДНОЙ БРАДИКАРДИЕЙ

Цель: оценить антиаритмическую эффективность комбинации аллапинина с низкими дозами соталолола в профилактике пароксизмов фибрилляции предсердий (ПФП) у пациентов с исходной брадикардией и гипопункцией щитовидной железы.

Материал и методы: 34 больных (м/ж 12/22) в возрасте 62-77 лет с гипопункцией щитовидной железы, исходной синусовой брадикардией, пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ПФП). Ввиду невозможности проведения хирургического лечения ПФП по ряду причин (возраст, противопоказания, отказ пациента), рефрактерности предшествующей антиаритмической терапии (ААТ) пропafenонем и этацизином, назначался аллапинин в дозе 25 мг 2 раза в день в комбинации с соталололом в дозе 40 мг 2 раза в день. Больные также получали эутирокс в дозе 25-50 мг в день. Всем больным проводили холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ) исходно, через 1 и 3 месяца на фоне ААТ.

Результаты: Исходно при ХМ ЭКГ аритмии регистрировались у 30 (88%) больных, нарушения проводимости – у 2 (5,8%). Наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ) регистрировалась у 26 (76,5%), групповые НЖЭ и ПФП – у 24 (41%), желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) – у 22 (65%) больных, преимущественно 2 и 4b класса по Ryan. Через 1 мес. ПФП зафиксированы у 2(5,8%) больных. При анализе данных ХМ ЭКГ отмечено уменьшение НЖЭ на 56%, короткие ПФП (до 30 сек) регистрировались у 10 (29%) больных. ЖЭ уменьшилась на 60%. У 1 (3%) больного отмечено удлинение QT до 0,60 мс. Через 3 мес. отмечено более значимое уменьшение эктопической активности: короткие ПФП регистрировались у 4 (11,8%) больных, НЖЭ уменьшились на 74%, ЖЭ – на 80%.

Выводы: Комбинация аллапинина, обладающего адренергической активностью и усиливающего автоматическую функцию синусового узла, с соталололом, обладающим свойствами неселективного β-адреноблокатора и активностью антиаритмика III класса, оказалась эффективной (уменьшение эктопической активности более, чем на 70% и более) у пожилых больных при наличии синусовой брадикардии и гипопункции щитовидной железы.

Кардашевская Л.И., Скланная Е.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ И КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ПРИ НАПИСАНИИ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Актуальность. Компетентностный подход рассматривает образованность как умение решать проблемы, независимо от их сложности, опираясь на имеющийся багаж знаний. Этот подход акцентирует

ет внимание на результате, который рассматривается не как усвоение суммы информации, а как способность будущего врача самостоятельно действовать в различных проблемных ситуациях, применяя знания и порождая новые. Особенность преподавания госпитальной терапии состоит в воспитании клинического мышления у студентов, которое возможно только в процессе живого общения студента, врача-педагога у постели больного. Одним из результатов освоенных практических навыков является защита истории болезни, центральное место в которой принадлежит проведению дифференциального диагноза.

Результаты. Клиническое мышление представляет собой одну из когнитивных функций, осуществляемую врачом в целях постановки правильного диагноза, грамотного выбора необходимого лечения. Особое место занимает проведение дифференциального диагноза. Как правило, студентам предлагается выделить ведущий синдром и группу заболеваний, при которых он встречается. Затем методом исключения по совокупности какой-то симптоматики отрицаются неподходящие. При этом идет постоянный анализ и сравнение классических проявлений и похожих симптомов при разных болезнях, отбрасываются неподходящие версии. Если студент не уверен в окончательном диагнозе, предлагается провести дифференциальный диагноз, выбрав в качестве ведущего другой синдром у этого больного. В процессе работы над профессиональным комментарием курируемого пациента у студентов возникает интерес к изучению клинической медицины. Содержание и изложение профессионального комментария обычно строго индивидуально, что подчеркивает творческий характер работы. При защите истории болезни обычно именно обсуждение проведения дифференциального диагноза вызывает бурную дискуссию. А преподаватель может оценить способность студентов к анализу и синтезу, т.е. к клиническому мышлению.

Выводы. У каждого человека мышление формируется исключительно индивидуально. Изучая медицину вне общения с больным и с преподавателем, студент по-своему расставит акценты значимости в изучаемом предмете. Это означает, что мышление студента не будет клиническим. Неприемлем любой вид заочного обучения медицине. Пациента не может заменить ни фантом, ни деловые игры, ни теоретическое освоение предмета. История болезни и дифференциальный диагноз – выражение степени сформированности профессиональных компетенций будущего врача-лечебника.

Карний С.В., Заворотнева Т.И., Кононова Е.А., Косенкова-Дудник Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЯЗЫКОВЫЕ ЕДИНИЦЫ ВТОРИЧНОЙ НОМИНАЦИИ НА СТРАНИЦАХ ШАХТЁРСКИХ ГАЗЕТ

Вопросы языковой номинации привлекают внимание многих ученых (Н. Д. Арутюнову, В. Г. Гака, Н. Д. Голева, А. Ф. Журавлева, Е. С. Кубрякову, В. М. Никитевича, Г. Н. Серебренникова, Ю. С. Степанова, В. Н. Телия, А. А. Уфимцеву, Д. Н. Шмелева и др.). Основное внимание в изучении единиц номинации связано с вопросами их типологии и принципами выделения.

Исследователи выделяют первичную и вторичную номинацию. А. Ф. Журавлев, например, под первичной номинацией понимает «акт присвоения имени предмету, не имеющего своего языкового обозначения и только ждущего его», вторичная же номинация – это «называние новым именем предмета, уже названного» [Журавлев 1982: 50]. Первичное наименование, будучи закрепленным в лексиконе, ориентировано на название денотата и обеспечение коммуникации. Вторичная номинация представляет собой в большинстве случаев окказиональное явление, которое создается «через призму прагматической интенции именуемых субъектов» [Телия 1977: 221] и возникает в зависимости от ситуации. При вторичной номинации в качестве имени выступает уже «готовая» языковая форма.

Вторичную номинацию в лингвистике принято подразделять на автономную и неавтономную (косвенную). Автономная номинация протекает на основе одного имени. Неавтономная номинация характеризуется «комбинаторной техникой языка в процессе формирования новой» лексической единицы. При этом новые номинанты «лишены способности указывать на мир автономно» [ЛЭС 1990, с. 337]: эту функцию они осуществляют в результате соединения с другими лексемами.

К средствам вторичной номинации относятся морфологическая и семантическая деривация – метафорические, метонимические и функциональные переносы [ЛЭС 1990: 337], а также перифразы.

Метафорические переносы. Метафоры классифицируют по степени «новизны»: «живые» («авторские»), смысл которых отчетливо воспринимается как метафорический, переносный; «привычные» («распространенные») с конкретным, стереотипизированным смыслом и «стертые» метафоры: связь между двумя сферами значений более не воспринимается как метафорическая (время летит, потерять надежду).

Анализ фактического материала подтвердил точку зрения Е. В. Ковалевской о том, что в публицистических текстах преобладают привычные метафоры. В то же время, по мнению ученого, провести четкую границу между авторскими и распространенными метафорами не всегда возможно. Однако таким критерием может быть фиксация слов с переносными значениями в лексикографической практике. В отечественной лексикографии есть опыт подобного издания – «Стилистический словарь публицистики» Г. Я. Солганика, в котором «фиксируются не только освященные традицией переносные значения, но и удачные индивидуальные метафоры, раскрывающие экспрессивные ресурсы слова, а также разнообразные варианты обработки (трансформации) фразеологизмов» [Солганик 1999: 3]. Следующие лексемы с переносными значениями, представленные в собранной картотеке, отражены в названном словаре: акула, взрыв, горизонт, локомотив, марафон (во 2 знач.), мишень, плод, пожар, прицел (в 3 знач.), ренессанс, рецепт, ритм, связка, тупик, флагман, фон, шрам, эпопея, эстафета и др.

Были уточнены типы регулярных метафорических переносов. Г. Н. Складарская [Складарская 1993: 80–95] выделила 8 типов. В нашей картотеке не представлены метафорические переносы ● с предмета на психический мир (например, звезда удачи, остров доброты); ● с физического мира на психический мир (например, закат жизни, огонь ярости).

Классификация Г. Н. Складарской была дополнена метафорическими переносами ● с человека на предмет, ● с предмета на социум, ● с абстракции на абстракцию. Таким образом, мы выделили следующие типы регулярных метафорических переносов:

1) с предмета на предмет: флагман угледобычи (о шахте) (20 (711), 6 Июня 2014); ср.: «флагман» ‘перен. О чём-л. самом крупном, главном, ведущем среди подобных’ [Солганик 1999: 600];

2) с предмета на человека: мишень для репрессий (№ 2 (693), 17 Января 2014), горняцкая звезда (об А. Ф. Засядько) (30 (625), 10 Августа 2012); ср.: «мишень» ‘перен. Тот, кто является предметом преследования, насмешек, нападок’ [Солганик 1999: 309];

3) с предмета на физический мир: поток выдаваемого на-гора черного золота (39 (537), 22 Октября 2010); ср.: «поток» ‘перен. чего или какой. Множество, масса чего-л. движущегося в одном направлении, непрерывно поступающего или направляемого куда-л.’ [Солганик 1999: 431];

4) с предмета на абстракцию: новые горизонты на шахте (28 (574), 29 Июля 2011); «букет» (34 (629), 16 Сентября 2012); геолого-финансовый тупик (44 (639), 30 Ноября 2012); пенсионный тупик (33 (531), 3 Сентября 2010); дно финансовой пропасти (41 (539), 5 Ноября 2010); первые плоды (44 (639), 30 Ноября 2012); рецепты борьбы с нелегальной добычей угля (12 (549), 1 Апреля 2011); валютный приток (в заголовке) (24 (619), 29 Июня 2012); ср.: «тупик» ‘перен. Безвыходное положение’ [Солганик 1999: 578];

5) с животного на человека: акулы отечественного машиностроения (29 (624), 3 Августа 2012); ср.: «акула» ‘перен., негат. Крупный делец, капиталист, хищнически пользующийся чужим трудом, эксплуататор’ [Солганик 1999: 15];

6) с человека на предмет: «шрамы» на оборудовании шахт (38 (585), 14 Октября 2011); аутсайдер (о шахте «Северная») (45 (688), 6 Декабря 2013); ср.: «шрам» ‘перен. Следы, последствия чего-л., напоминающие рубцы на коже’ [Солганик 1999: 631];

7) с предмета на социум: финансовый пожар (26 (669), 12 Июля 2013); бюджетная «дыра» (41 (684), 1 Ноября 2013); ср.: «пожар» ‘перен., чего или какой. Бурное проявление чего-л., протекающее с сокрушительной силой’ [Солганик 1999: 417];

8) с абстракции на абстракцию: эстафета роста (3 (694), 24 Января 2014); аксиома (21 (712), 13 Июня 2014); рабочий ритм, производственный ритм (12 (549), 1 Апреля 2011); ренессанс каменного угля (9 (652), 7 Марта 2013); социальный взрыв (14 (560), 15 Апреля 2011); шаги, предпринимаемые

Министерством угольной промышленности (44 (542), 26 Ноября 2010); похолодание в сфере бизнеса (14 (657), 12 Апреля 2013); ср.: «ренессанс» ‘иногда ирон. Период подъема, расцвета в развитии чего-л.’ [Солганик 1999: 485]; «эстафета» ‘перен. о передаче или продолжении чьих-л. традиций, начинаний и т. п.’ [Солганик 1999: 641]; «похолодание» ‘снижение экономической активности в стране’.

9) с человека на человека: аксакал профсоюзного движения (13 (550), 8 Апреля 2011); в надежной и эффективной связке (14 (560), 15 Апреля 2011).

Согласно «Стилистическому словарю публицистики» переносное значение развило устойчивое сочетание «питательная среда»: перен. Обстановка, способствующая упрочению, развитию чего-л., создающая почву для чего-л. [Солганик 1999: 541]. Однако в контексте газетной статьи оно претерпело ухудшение значения, ср.: Еврокризис может добить ЕС и превратить Европу в Японию, которая потеряла 20 лет, безуспешно пытаясь ускорить рост экономики. На самом деле для Европы все может сложиться еще хуже – она страдает не только от низких темпов роста, но и от высокой безработицы, а это лучшая питательная среда для политических кризисов и прихода к власти экстремистов (2 (655), 29 Марта 2013).

С яркой образностью зафиксированы лексические единицы футбольные «нострадамусы» и оракулы, денотатами которых являются детеныши панды: Во время прошлого чемпионата мира по футболу главным прогнозистом был немецкий осьминог Пауль. В этом году ответственность за предсказания будущих побед и поражений решил взять на себя Китай, представив свой вариант футбольных «нострадамусов». «Оракулами» выступают детеныши панды, которых будут специально обучать к предстоящему ЧМ-2014 (20 (711), 6 Июня 2014). Ср. «оракул» ‘перен., ирон. Лицо, чьи суждения признаются непреложной истиной, откровением’ [Солганик 1999: 367]; Нострадамус (1503–1566) – французский астролог, аптекарь, врач и известный провидец: ru.wikipedia.org Нострадамус.

Варьирование семантики наблюдается в заимствованной китайской монаде «инь и ян»: «ИНЬ И ЯН УГЛЕПРОМА» (30 (673), 9 Августа 2013). В статье постулируется единство экономического и социального начал как единство противоположностей.

Литература:

1. Карпий С. В. Язык телевизионного сегмента медиасистемы ДНР: ретроспектива и современность / С. В. Карпий // Психолого-педагогические и языковые аспекты современности: теория, методология, практика: Материалы V Всероссийской научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 22–23 апреля 2022 года / Издательство «Манускрипт». – Ростов-на-Дону: Профпресслит, 2022. – С. 20-26.

Карсанов А.М.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ

ХИРУРГИЯ КАК ОБЛАСТЬ ВЫСОКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА

Цель исследования – оценить организацию современной хирургической деятельности сквозь призму разнообразных рисков, формирующих структурные проблемы и системные ошибки при обеспечении качества и безопасности лечения.

Материал и методы. Перечень реализованных исследований включал:

- социологические опросы (210 врачей, 49 медицинских сестер, 614 пациентов);

- клинический раздел:

4. 483 случая лечения пациентов с распространенным гнойным перитонитом,

5. 4141 случай хирургического лечения пациентов с опухолевыми заболеваниями различных локализаций, у которых были проанализированы результаты трех стратегий профилактики послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений,

6. на модели хирургического лечения 260 пациентов была апробирована «Программа ускоренного восстановления» после планового хирургического лечения пациентов по поводу рака ободочной кишки;

- экспертный раздел, основанный на результатах 492 экспертиз второго уровня внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Часть исследования носило характер вторичного, базировалось на принципах анализа, синтеза и интегрирования полученных знаний в практику. Был проведен анализ статистических показателей хирургической службы Российской Федерации (РФ) за период 2017-21 гг.,

Результаты и обсуждение. Риск в хирургии имеет комплексный генез и может быть такими компонентами, как: медицинский, управленческий, правовой, образовательный/кадровый, социогуманитарный и общебиологический/правовой. Риски для пациентов представлены медицинскими и социальными последствиями. Важность этих рисков иллюстрируют динамика показателей послеоперационной летальности в РФ за 22 года. При этом лишь при ущемленной грыже и остром холецистите этот критерий эффективности системы здравоохранения в стране не возрос. Остальные 5 нозологических форм из общеизвестной структуры ургентной абдоминальной патологии кратно возросли. Анализ системных ошибок службы показал, что среди сообщества наблюдается:

1. Непризнание хирургами роли собственной пассивной позиции в деструктивных процессах в отрасли;
2. Игнорирование необходимости научной организации и стратегического планирования всех процессов в здравоохранении;
3. Игнорирование современных тенденций развития здравоохранения в мире;
4. Отсутствие интеграции медицинской науки и практики в рамках современной управленческой технологии;
5. Отсутствие эффективной практики по управлению персоналом;
6. Отсутствие процессного подхода к повышению качества и безопасности хирургического лечения;
7. Отсутствие постоянного механизма оценки социальной эффективности системы здравоохранения;
8. Отсутствие системного подхода к защите медицинских работников от синдрома профессионального выгорания.

Выводы. Понимание хирургами концептуальных основ безопасности своей профессиональной деятельности позволит кардинально повлиять на преодоления недостаточной системности в профессиональном и общественном сознании и повысить качество хирургической помощи.

Карсанов А.М., Маскин С.С.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

К ВОПРОСУ БЕЗОПАСНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Цель исследования – поиск базового, системного принципа формирования клинической модели организации хирургического лечения, способствующего наиболее высокому уровню безопасности пациентов (БП).

Материал и методы. Перечень реализованных исследований включал:

- социологические опросы (210 врачей, 49 медицинских сестер, 614 пациентов);
- клинический раздел:

1. 483 случая лечения пациентов с распространенным гнойным перитонитом,
2. 4141 случай хирургического лечения пациентов с опухолевыми заболеваниями различных локализаций, у которых были проанализированы результаты трех стратегий профилактики послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений (1989-2012 гг.),
3. на модели хирургического лечения 260 пациентов была апробирована «Программа ускоренного восстановления» (ПУВ) после планового хирургического лечения пациентов по поводу рака ободочной кишки (РОК);

- экспертный раздел, основанный на результатах 492 экспертиз второго уровня внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Результаты. При изучении уровня профессиональной компетентности 110 опытных хирургов в вопросах БП были получены показатели, систематизированные по отдельным блокам профессиональных компетенций. Отражением этих результатов стали «коэффициенты профессиональной эффективности» (КПЭ), которые выражают частоту ответов должного качества к общему числу полученных ответов в процентах. Средний суммарный по всем блокам вопросов КПЭ опрошенных нами хирургов составил $57,5 \pm 0,8\%$, что отражает низкий уровень профессиональной компетентности участвовавших в исследовании специалистов.

При организации клинических разделов нашего комплексного исследования было соблюдено:

- применение только диагностических и лечебных подходов, рекомендованных профессиональным хирургическим сообществом;
- стандартизация диагностического и лечебного компонента работы в хирургии;
- планирование и систематического обучения старшего и среднего медицинского персонала принципам избранной периоперационной стратегии;
- наработка новых по качеству моделей интегративного взаимодействия всех участников лечебного процесса;
- обязательность динамического мониторинга результатов избранной стратегии, подразумевающей оперативную корректировку тактики в случае получения негативных результатов;
- обеспечение максимальной защищенности медицинских работников, участвующих в исследовании, путем тщательности и согласованности дизайна в этическом комитете.

Выводы. Основными принципами создания системы менеджмента качества и безопасности хирургического лечения процессом должны быть: стандартизация, согласованность, контролируемость и управляемость в реальном режиме времени абсолютно всех технологических процессов, используемых в хирургии.

Карсанов А.М., Маскин С.С.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

О ПРЕИМУЩЕСТВАХ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ В ХИРУРГИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Цель исследования. Оценить эффективность внедрения различных компонентов программы ускоренного восстановления (ПУВ) при хирургическом лечении рака ободочной кишки (РОК).

Материал и методы

В основу работы положены результаты планового хирургического лечения 260 больных с РОК. В основной группе (115 больных) периоперационный комплекс лечебных мероприятий реализовывался на основе адаптированного варианта ПУВ. В контрольной группе (145 больных) использовали традиционную методику ведения больных.

Результаты

В зависимости от частоты воспроизводимости в конкретном исследовании, компоненты ПУВ были нами отнесены к трем уровням. Уровень воспроизводимости (УВ) «А» включал мероприятия, воспроизведенные нами с частотой 81-100%; УВ «В» – 61-80%, УВ «С» – $\leq 60\%$ от всех пациентов основной группы.

В основной группе предоперационный этап включал 10, операционный – 8, а послеоперационный – 16 компонентов ПУВ. При исследовании частоты воспроизводимости (ЧВ) и числа компонентов ПУВ на всех этапах лечения выявлено, что на дооперационном этапе высокий УВ – «А» имели 4 компонента, со средней ЧВ – 99,5%; средний УВ оказался так же у 4-х компонентов ПУВ, со средней ЧВ – 69,9%; низкий УВ был выявлен у 2 элементов программы, со средней ЧВ – 30,4%.

Средняя ЧВ компонентов ПУВ по итогам данного исследования была 81%, с диапазоном от 48% до 100%, а такие меры, как информирование и наставления, профилактика ВТЭО, периоперационная антибактериальная профилактика, ограничение режима инфузионной терапии, недопущение интраоперационной гипотермии, ограничение показаний к трансфузии препаратов крови выполнимы в 90-100% случаев.

В основной группе осложнения были констатированы у 17 пациентов ($14,8 \pm 3,3\%$), что было ниже, чем в контрольной – 39 пациентов ($26,9 \pm 3,7\%$) ($p < 0,05$). В основной группе преобладали общие осложнения, возникшие у 13 пациентов ($11,3 \pm 2,9\%$ от всех оперированных (класс I-II по Dindo-Slavien). Их доля составила 76,5% от всех осложнений. В контрольной группе наблюдалось абсолютное ($11,7 \pm 2,7\%$ против $3,5 \pm 1,7\%$) ($p < 0,01$) и относительное ($43,6\%$ против $23,5\%$) возрастание частоты хирургических осложнений, по сравнению с основной группой. Единственный летальный исход был в контрольной группе и обусловлен тромбоэмболией легочной артерии.

Средняя продолжительность стационарного лечения в группах была с убедительным сокращением сроков госпитализации в основной группе – $9,2 \pm 0,2$ дня, против $14,0 \pm 0,4$ дня ($p < 0,001$).

Выводы

Большинство компонентов классической мультимодальной программы быстрого восстановления после плановой хирургии РОК могут быть успешно внедрены в работу хирургических отделений. Одинаково важными являются все этапы хирургического лечения пациентов с РОК. С возрастанием числа компонентов программы на каждом этапе достоверно снижается ЧВ отдельных ее составляющих. ПУВ является практической формой научного, комплексного подхода к оптимизации хирургического лечения пациентов с РОК.

Карсанов А.М., Маскин С.С.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ

Цель исследования. Внедрение принципов эскалационного подхода к профилактике послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) в рамках программы ускоренного восстановления (ПУВ) пациентов с дигестивными локализациями рака.

Материал и методы

Результаты профилактики ВТЭО у оперированных онкологических больных анализировались за два периода наблюдения: «период рутинной профилактики ВТЭО» (до 2007 гг.) – 184 пациента (контрольная группа), в которой были применены современные международные и национальные рекомендации по профилактике ВТЭО и «период эскалационной профилактики ВТЭО» (2008-2017 гг.) – 254 пациента (основная группа), у которых комплекс мер по профилактике послеоперационных осложнений (ПО) реализовывался в рамках ПУВ.

В основной группе компоненты ПУВ, способствующие эскалации мер профилактики ВТЭО реализовывались с разной частотой воспроизводимости (ЧВ). Так с наибольшей ЧВ «А» выполнялось: введение низкомолекулярного гепарина (НМГ) 12 часов до операции – 100%, удаление центрального венозного и уретрального катетеров в течение 48 часов ($83,5\%$), внутрибрюшинные технологии профилактики кишечной непроходимости и синдрома абдоминальной гипертензии ($84,6\%$).

Средней ЧВ «В» соответствовали: ультразвуковое компрессионное ангиосканирование (УЗАС) вен нижних конечностей ($73,4\%$), нормализация режима регидратации путем инфузии кристаллоидов по 2 мл/кг/ч ($66,7\%$), интраоперационный мониторинг с включением оценки уровня сознания по БИС-монитору для дозирования гипнотиков и электромиографии для дозирования миорелаксантов ($73,2\%$), активизация в виде принятия сидячего и вертикального положения к исходу 1-х суток (73%).

Результаты

В контрольной группе интегральный показатель, получивший название «индекс риска эмбологенности» (ИРЭ) и вычисляемый, как частное от соотношения относительных показателей прокси-

мальных и дистальных венозных тромбозов (ВТ), к которым нами были отнесены не только тромбоз глубоких вен, но и варикотромбофлебит, составил 0,73, что коррелировало с частотой тромбоемболии легочной артерии (ТЭЛА) (1,1%) и тем более фатальной ТЭЛА (0,5%). При внедрении эскалационного подхода к профилактике ВТЭО ИРЭ составил 0,33, что не только свидетельствовало о двукратно превосходящем риске ТЭЛА в контрольной группе. В основной группе выявлено сокращение всех категорий послеоперационных ВТЭО с 4,9% до 2%. При внедрении стратегии активной переоценки клинической ситуации по ходу лечения наиболее значимым является снижение частоты проксимальных ВТ (с 1,6% до 0,4%) и отсутствие фатальной ТЭЛА.

Выводы. Достижение низких показателей послеоперационных ВТЭО является одной из слагаемых концепции периоперационной безопасности пациентов. Внедрение эскалационного подхода к профилактике в рамках общей стратегии ПУВ позволяет добиться у больных высокого риска более чем двукратного снижения частоты ВТЭО по сравнению со стандартными мерами.

Карсанов А.М., Ремизов О.В.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ

ПРОГРАММА ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ХИРУРГОВ В ПАРАДИГМЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ

Цель исследования – разработка программ последипломной подготовки хирургов на базе системного подхода к формированию их компетенций по повышению качества и безопасности хирургической помощи (БХП).

Материалы и методы.

В основу сообщения положен опыт преподавания основ обеспечения качества и безопасности хирургического лечения на кафедре хирургических болезней №3 ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» в 2017-2019 гг. Всего было обучено 156 врачей. Принципы комплексного и системного решения проблемы БХП были сформированы: на социологических исследованиях среди персонала и пациентов, на исследованиях периоперационных превентивных стратегий профилактики наиболее значимых осложнений, на анализе научных данных.

Результаты.

Основу программы последипломной подготовки хирургов составили:

1. Необходимость научной организации и стратегического планирования всех процессов в здравоохранении;
2. Осознание тенденций развития лучших мировых моделей здравоохранения и ситуации в отрасли в стране и регионе;
3. Четкая дефиниция понятия «безопасность хирургических пациентов», под которой понимается комплексное понятие, объединяющее прогрессивные образовательные, клинические и управленческие технологии, направленные на предотвращение негативных последствий хирургического лечения, на основе их внутренних связей и общих перспектив развития;
4. Интеграция хирургической науки и практики в рамках современной технологии менеджмента качества в медицине – инновационной управленческой стратегией, основанной на единой правовой и образовательной платформе, воздействующей на структуру, процессы и контроль за результатом хирургической деятельности; посредством стандартизации, информатизации, управления персоналом и рисками.
5. Триединстве качества структуры (порядков) хирургической службы, качества процессов (технологий) хирургического лечения и качества оценки результатов (целевых показателей) оперативного лечения, для обеспечения которого важнейшим элементом является точная отчетность об возникших осложнениях;
6. Программный принцип реализации стратегии повышения качества и безопасности хирургического лечения в каждой медицинской организации.

Обязательными компонентами организационной структуры такого подхода являются: информационно-правовой, образовательно-мотивационный, хирургический (периоперационный), контрольно-административный и организационный.

Выводы. Необходимыми технологическими процессами для этого являются: стандартизация, создание единой правовой и образовательной платформы для всех субъектов медицинского права, управление персоналом, процессный принцип реализации любых технологий, риск-менеджмент, современное информационное обеспечение.

Единство компонентов и элементов программы БХП гармонизировано с принципом взаимного потенцирования их специфических требований, которые согласуются с главной целью – с восстановлением здоровья пациента.

Карсанов А.М., Саламов А.К.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ
ЧУЗ «Клиническая больница РЖД – Медицина г. Владикавказ»

ЛИЧНОСТНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ СОЗДАНИИ БЕЗОПАСНОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ В БОЛЬНИЦЕ

Цель данного исследования состояла в изучении уровня мотивационной готовности старшего и среднего медицинского персонала к повышению степени личного профессионального участия при переходе от системы контроля к системе менеджмента качества лечения (СМК).

Материал и методы

Представлен опыт внедрения «Программы менеджмента качества и безопасности пациентов» (далее – Программа) в НУЗ «Узловой больницы на ст. Владикавказ ОАО «РЖД» (УБ) как практического выражения СМК.

Анкета содержала 25 вопросов. В анкетировании приняли участие 44 врача (51,8±5,4%) и 41 медицинская сестра (МС) (48,2±5,4%) ($p>0,05$). Средний профессиональный стаж работы респондентов – сотрудников хирургической службы составил 16,4±3,1 лет.

Результаты. В УБ 11,3% врачей и 7,3% МС признают, что не знакомы с основными положениями 323 ФЗ, а 25,0% врачей и 9,8% МС не знакомы с Программой ВОЗ «О безопасности пациентов», мало того, трое из 7 заведующих отделениями не знакомы с Приказом МЗ РФ №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Среди их подчинённых негативный уровень профессиональной информированности продемонстрировали 47,1±5,4% специалистов.

Респонденты подтвердили необходимость использования всего спектра вариантов совершенствования организационных мероприятий в УБ с приоритетом повышения оплаты труда (60% ответивших), расширения штатов (35,3%) и коренных изменений всей системы (30,6%), а личную готовность активно участвовать в работе по внедрению СМК без дополнительных условий выразили лишь 36,4% врачей и 24,4% МС. Большинство согласны этим заниматься за дополнительную плату – 45,4% врачей и 53,6% МС, что, по-нашему мнению, типично для современной социально-экономической ситуации в отрасли. 54,5% врачей и 70,7% МС считают, что существует опасность, связанная с их профессиональной деятельностью. Эти данные перекликаются с полученными при ответе на следующий вопрос, поскольку 24,4% МС и 20,4% врачей не получали профессиональную подготовку по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности и даже не занимались самообразованием.

По результатам исследования было установлено, что готовность нести дополнительную профессиональную нагрузку для повышения качества медицинской помощи и безопасности лечения подтвердили 48,2% респондентов. Среди врачей доля таких коллег оказалась 54,5±7,5%, а среди МС – 41,5%. Кроме того, расширить круг своих компетенций только за дополнительное материальное стимулирование были готовы 35,3% респондентов.

Выводы. Повышению БП должна способствовать реализация успешной модели СМК, что неизбежно приведёт руководство МО к необходимости открытого диалога с сотрудниками, к внедрению

качественного аудита уровня их исходной квалификационной и мотивационной готовности, к разумному компромиссу с персоналом в вопросе нематериальных форм стимулирования и к безусловной приверженности стратегии создания безопасной производственной среды.

Карсанова З.О., Карсанов А.М.

ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Владикавказ
ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ И БИЛИАРНОМ СЕПСИСЕ

Материал и методы. Представлен опыт лечения 459 больных с механической желтухой, осложненной острым холангитом, находившихся на лечении в Республиканской клинической больнице г. Владикавказа за период с 2007 по 2019 г. Среди 158 больных с острым холангитом было 99 (62,7%) женщин и 59 (37,3%) мужчин. Большинство больных были старше 50 лет – 119 (75,3%).

У 78 (49,4%) причиной холангита явился острый и хронический калькулезный холецистит, осложненный механической желтухой и холангитом, у 59 (37,3%) – резидуальный холедохолитиаз. Стриктуры желчных протоков и БДС выявлены у 12 (7,6%) больных, поликистоз и хронический панкреатит у 4 (2,5%), стриктуры гепатикоюанастомоза и холедоходуоденоанастомоза у 3 (1,9%) пациентов.

Почти у половины больных диагностирована тяжелая сопутствующая патология (39,9%), в основном сердечно-сосудистая.

В первые семь суток от начала заболевания за помощью обратились 60,4% больных, в сроки от 7 до 14 суток – 23,5%.

Степень тяжести холангита оценивалась согласно классификации Багненко С.Ф. (2009 г.) по критериям ССВР. При этом в подгруппе А преобладали пациенты без признаков системной воспалительной реакции – 57 (91,9%), у 1 (1,6%) больного два признака и у 4 (6,4%) один признак. В подгруппе В преобладали пациенты с незначительно выраженной воспалительной реакцией (SIRS =1) – 38 (70,3%), с билиарным сепсисом 18 (18,5%), без проявлений ССВР – 2 (3,7%). Подгруппу С составили 25 (59,5%) больных с двумя или более признаками, 11 (26,2%) с тяжелым билиарным сепсисом и 6 (14,3%) пациентов с одним признаком ССВР.

В основной группе помимо наружной декомпрессии больным выполнялось промывание желчных протоков 0,1% раствором перекиси водорода с последующим промыванием раствором гепарина и сеансы гипербарической оксигенации. В группе сравнения санация протоков осуществлялась раствором фурацилина.

Результаты

При анализе результатов лечения пациентов с желтухой легкой степени, независимо от применяемого способа лечения статистически значимых различий в подгруппах не получено. У пациентов с желтухой средней степени и острым холангитом скорейшая нормализация показателей эндогенной интоксикации отмечена в основной подгруппе в среднем на 2 – 3 сутки, тогда как группе сравнения на 3-4 сутки. Статистически значимая разница отмечена при сравнении сроков нормализации маркеров холестаза, цитолиза $p < 0,05$, гепатодепрессивного синдрома $p < 0,01$. У пациентов с тяжелой желтухой и холангитом температура тела и количество лейкоцитов периферической крови в среднем нормализовалась к 6 суткам в основной группе и на 7-8 сутки в группе сравнения, $p < 0,05$. Также статистически значимое скорейшее снижение уровня билирубин, ЩФ, АлАТ и стабилизация ПТИ отмечена в основной группе.

Выводы. Противовоспалительный эффект применения 0,1% перекиси водорода в комбинации с раствором гепарина для промывания желчных протоков и ГБО в группах больных с желтухой средней и тяжелой степени и развившимся острым холангитом позволяет в более ранние сроки купировать эндотоксемию, предотвратить развитие тяжелого билиарного сепсиса и его осложнений.

Касьянова И.А., Ковалишена О.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, г. Нижний Новгород

РИСК-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ОЦЕНКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Актуальность. В пятерку наиболее распространенных инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) входят инфекции мочевыводящих путей (ИМП), основной фактор риска возникновения которых – катетеризация мочевого пузыря. Медицинские организации Нижегородской области ежегодно регистрируют лишь единичные случаи изучаемой нозологической формы ИСМП.

Цель работы: изучить заболеваемость и особенности КА-ИМП среди урологических и ожоговых пациентов с использованием риск-ориентированного эпидемиологического подхода.

Материалы и методы. Исследование, реализовано на базах двух взрослых многопрофильных стационаров среди пациентов, госпитализированных в урологические/ожоговые отделения (n=1460) и катетеризированных уретральным катетером (n=422), и включало ряд направлений: 1) исследование заболеваемости КА-ИМП по данным анализа медицинской документации, а также путем активного выявления КА-ИМП на основе стандартного определения случая (СОС) в комплексе с оценкой лечебно-диагностического процесса катетеризации мочевого пузыря; 2) микробиологические исследования, включающие в себя бактериологический анализ мочи и посевы с поверхностей уретральных катетеров. В работе использованы: государственные доклады «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения» за 2010-2021 годы (24 ед.); медицинские карты стационарного больного форма № 003/у – 1460 ед., журнал учета процедур № 029/у, журнал записи оперативных вмешательств № 008/у-07, журнал регистрации анализов и их результатов № 250/у – 102 ед. Статистическая обработка проводилась с использованием программ Microsoft Office Excel 2007 и Statistica 7.0.

Результаты. Установлено, что стратифицированная инцидентность КА-ИМП составила 48,67 (95% ДИ: 42,97-54,31) на 1000 катетеро-дней среди пациентов урологического профиля и 20,1 (95% ДИ: 15,4-25,06) на 1000 катетеро-дней среди ожоговых пациентов, превосходящая данные анализа медицинской документации в 1,5 и 2 раза соответственно по отделениям. Стратифицированный показатель заболеваемости КА-ИМП в 2,5 раза выше у урологических пациентов. При микробиологическом исследовании уретральных катетеров рост микроорганизмов наблюдали в 36% случаев среди урологических больных, и в 43% случаев среди ожоговых больных. Наиболее часто среди урологических пациентов выделялись энтерококки и коагулазонегативные стафилококки (*S.epidermidis* – в подавляющем большинстве случаев). Среди ожоговых пациентов более чем в 45% выделялись грамотрицательные палочки (*K. pneumoniae* и *A. baumannii*). При бактериологическом исследовании проб мочи в структуре выделенных микроорганизмов суммарно лидировали грамположительные микроорганизмы у урологических пациентов: *E. coli* (24,2%); грамотрицательные у ожоговых пациентов – *K. pneumoniae* (29,3%), *A. baumannii* (25,9%).

Среди всех возбудителей КА-ИМП высокая распространенность антибиотикорезистентности.

Выводы. Внедрение риск-ориентированного эпидемиологического подхода позволило увеличить выявляемость случаев КА-ИМП по сравнению с анализом медицинской документации в урологическом отделении в 1,5 раза; в ожоговом – в 2 раза. Существенные различия в этиологии и частоте возникновения КА-ИМП указывают на необходимость дифференцированного подхода к эпидемиологическому надзору и профилактике КА-ИМП.

Квливидзе Т.З., Заводовский Б.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

РОЛЬ АДИПОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ревматоидный артрит (РА) относится к аутоиммунным ревматическим заболеваниям и характеризуется нарушением функции различных суставов человека, хроническим синовитом. Системное изменение внутренних органов ведет к процессу инвалидизации пациентов с диагнозом РА.

Одним из основных механизмов развития РА является дисбаланс, связанный с преобладанием провоспалительных цитокинов над противовоспалительными[1].

В последнее время уделяется большое внимание изучению уровней адипокинов таких как Адипонектин, Висфатин, Фетуин-А, Несфатин-1[1,2]. Показано, что концентрация Фетуина-А и Адипонектина снижается при росте уровня провоспалительных цитокинов: фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), интерлейкина-1 (ИЛ)-1 и ИЛ-6, поэтому их относят к негативным белкам острой фазы[1,2]. Некоторые работы показывают, что циркулирующие молекулы Адипонектина и Фетуина-А независимо от различных факторов и друг от друга оказывают похожие эффекты в отношении провоспалительных цитокинов, липидного и углеводного обмена[1].

Несфатин-1 – молекула, связанная с меланокортиновой сигнальной системой. Было изучено влияние НФ-1в регуляции аппетита, метаболизма глюкозы, липидов, процессах термогенеза, развития тревоги, депрессионных состояний, в работе сердечно-сосудистой и репродуктивной системы [2,3]. Имеется информация о провоспалительной активности несфатина-1 [2,3,4,5].

Среди плейотропных эффектов НФ-1заслуживает внимание его остеогенная активность. В эксперименте на овариоэктомированных крысах при внутривенном введении НФ-1 в течение 2-х месяцев доказано увеличение минеральной плотности костной ткани в позвонках и бедренных костях. Обработка НФ-1мышинных преостеобластных клеток приводит к повышению их дифференциации и минерализации. Выявлено некоторое ингибирование остеокластогенеза у мышей [2,3]. Планируется дальнейшее исследование.

Есть основание предполагать, что НФ-1 в сыворотке крови может участвовать в патогенезе РА, оказывать катаболическое действие на суставной хрящ, способствовать поддержанию хронического воспалительного процесса, негативно влиять на сердечно-сосудистую систему, оказывать воздействие на МПКТ[2, 3, 4, 5]. Таким образом, изучение НФ-1 в сыворотке крови больных РА является актуальной научной задачей.

Цель исследования

Уточнение роли несфатина-1 в патогенезе ревматоидного артрита. Изучение возможности использования теста на несфатин-1 для лабораторной диагностики РА.

Материалы и методы

Нами было проведено исследование сывороток крови 110 пациентов с диагнозом РА в анамнезе, средний возраст которых составил $54,07 \pm 11,32$ лет; $M \pm Std.dev$. Контрольная группа из 60 человек состояла из 33 женщин и 27 мужчин, средний возраст которых составил $49,29 \pm 11,14$ лет ($M \pm \sigma$). Обследованные лица были практически здоровы, не имели заболеваний суставов и не предъявляли жалоб, указывающих на наличие заболеваний суставов. Диагноз РА был установлен в соответствии с международными критериями ACR/EULAR для РА (2010). Пациенты с РА были сопоставимы по полу и возрасту с группой здоровых лиц. Все пациенты с РА были обследованы с использованием денситометра LUNAR DPX-Pro, прошли клиническое и лабораторное обследование. Уровень сывороточного НФ-1 в сыворотке крови измерялся с использованием коммерческой тест-системы (RaiBiotech, кат. EIA-NESF) согласно инструкциям, прилагаемым к набору.

Результаты и обсуждение

Средняя концентрация сывороточного НФ-1 у пациентов с РА составила $50,49 \pm 34,05$ нг/мл. Средний уровень несфатина в сыворотке крови здоровых лиц составил $31,61 \pm 3,17$ нг/мл ($M \pm \sigma$).

Уровень нормальных значений НФ-1 здоровых лиц, определяемый как $M \pm 2\sigma$, составил от 25,27 до 37,95 нг/мл. Мы разделили пациентов с РА на две группы. В 1 группу вошли 44 человека ($n=44$) с нормальной концентрацией НФ-1 в сыворотке крови ($<37,95$ нг/мл), во 2-ю – 66 человек ($n=66$) – с повышенным уровнем НФ-1 ($>37,95$ нг/мл). В обеих группах нами были изучены клинические проявления ревматоидного артрита. Нами было выявлено, что высокий уровень несфатина у больных РА был характерен для пациентов с более высокой степенью активности по DAS28, серопозитивностью по ревматоидному фактору (РФ) и продолжительностью болезни более 10 лет.

Мы также исследовали показатели, отражающие активность РА: уровень С-реактивного белка (СРБ) и скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Коэффициент корреляции (r) показателей, отражающих активность РА с несфатином-1, составил – с СОЭ $=0,1937$ ($p=0,043$), с СРБ $=0,214$ ($p=0,025$).

Выявленные корреляционные связи косвенно подтверждают данные литературы о наличии у НФ-1 провоспалительных свойств.

Выводы

Исходя из полученных данных мы установили: уровень нормальных значений НФ-1 у здоровых лиц, составил референсное значение от 25,27 до 37,95 нг/мл.

Нами было выявлена повышенная концентрация НФ-1(50,49±34,05 нг/мл) у пациентов с РА, в сравнении с донорами (31,61±3,17 нг/мл). Более высокий уровень несфатина у больных РА был характерен для пациентов с более высокой степенью активности по DAS28, серопозитивностью по РФ и продолжительностью болезни более 10 лет.

Высокий уровень НФ-1 положительно коррелировал с более высокими концентрациями СРБ и СОЭ, что косвенно говорит в пользу провоспалительного характера действия НФ-1.

Таким образом, мы можем говорить о значимости тканевых цитокинов в патогенезе ревматоидного артрита и косвенно подтвердить данные литературы о провоспалительной роли несфатина-1 в патогенезе ревматоидного артрита. Что позволит более детально изучить возможность использования теста на несфатин-1 для лабораторной диагностики РА.

Ссылки:

1. Заводовский Б.В. Королик О.Д., Квливидзе Т.З., Полякова Ю.В., Папичев Е.В., Сивордова Л.Е., Ахвердян Ю.Р. Роль тканевых цитокинов в патогенезе ревматических заболеваний// Журнал экспериментальной, клинической и профилактической медицины. – 2020. – № 2 (97). – С.60-66.

2. Current Understanding of the Role of Nesfatin-1 / Martha A Schalla, Andreas Stengel / J Endocr Soc. 2018 Oct 1; 2(10): 1188-1206.

3. Xu, YY. Nesfatin-1 and cortisol: potential novel diagnostic biomarkers in moderate and severe depressive disorder. YY Xu, JF Ge, J Liang [et al]. Psychol Res Behav Manag. 2018. 11:495-502. doi: 10.2147/PRBM.S183126

4. Квливидзе, Т.З. Несфатин-1: влияние на маркеры костного обмена у пациентов с ревматоидным артритом. Современные проблемы науки и образования. 2019. № 4. С. 35.

5. Квливидзе Т.З., Полякова Ю.В., Ахвердян Ю.Р., Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В., Загороднева Е.А., Яковлев А.Т./Связь уровня несфатина-1 с композитным составом тела и маркерами костного обмена у пациентов с ревматоидным артритом/Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2019. № 2 (70). С. 123-125.

Киосева Е.В., Поважная Е.С., Бешуля О.А., Пацкань И.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ С НАРУШЕНИЯМИ АДАПТАЦИИ

Цель: оценить уровень удовлетворенности жизнью у студенческой молодежи с нарушениями адаптации

Материалы и методы: Обследовали 510 студентов мужского и женского пола младших курсов университета в возрасте от 17 до 20 лет. Удовлетворенность жизнью была измерена по «Шкале удовлетворенности жизнью». Установление и анализ выраженности психопатологической симптоматики осуществляли с помощью опросника SCL-90-R.

Результаты: Для деления студентов на группы применяли кластерный анализ методом «к-срединных», с использованием субшкал SCL-90-R: SOM; INT; DEP; ANX; PNOB. В результате кластерного анализа получили 3 группы студентов: практически здоровые (группа 1) – 273 (53,5%) студента, среди них 130 (47,6%) человек мужского пола и 143 (52,4%) – женского пола; с непатологическими нарушениями адаптации (ННА) (группа 2) – 155 (30,4%) человек, среди них 60 (38,7%) лиц мужского пола и 95 (61,3%) женского пола; с отдельными признаками расстройств адаптации (ОПРА) (группа 3) – 82 (16,1%) человека, среди них 13 (15,9%) мужского пола и 69 (84,1%) женского пола.

В результате проведенного исследования было установлено, что уровень удовлетворенности жизнью равномерно снижается от группы практически здоровых студентов ($24,19 \pm 6,30$ баллов у девушек, $22,57 \pm 6,57$ у юношей) к группе с непатологическими нарушениями адаптации ($21,30 \pm 6,33$ баллов у лиц женского пола, $20,48 \pm 5,85$ у лиц мужского пола). Выявлена более высокая степень удовлетворенности жизнью у лиц женского пола в группах 2 и 3, по сравнению с удовлетворенностью жизнью у лиц мужского пола, имеющих опыт употребления психоактивных веществ.

Выводы: установлено статистически значимое снижение уровня удовлетворенности жизни у студентов с непатологическими нарушениями адаптации по сравнению с практически здоровыми студентами.

Киреев Д.С., Потапов В.В., Милтых И.С., Зенин О.К.

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕТОДИКИ ИЗМЕРЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО НАТЯЖЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ

Поверхностное натяжение (ПН) – явление, которое мы наблюдаем в повседневной жизни. Многие биологические характеристики и естественные процессы требуют понимания смачивания и межфазного натяжения, когда большинство биохимических реакций происходит не в растворе, а на поверхностях и границах их раздела. Таким образом экспресс-диагностику патологических состояний организма человека можно проводить на основании анализа результатов измерения ПН биологических жидкостей.

Целью настоящей работы является совершенствование методики измерения поверхностного натяжения биологических жидкостей для своевременной диагностики патологических состояний.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- Обзор оборудования и методов измерения ПН, выявление их достоинств и недостатков;
- Разработка конструкции и изготовление прибора для измерения ПН биологических жидкостей (БЖ);
- Проведение экспериментального исследования, направленного на установление зависимости величины ПН от изменения состава БЖ;
- Составление инструкции для практической реализации метода.

Проанализированы следующие методы измерения ПН: метод капиллярного поднятия, метод отрыва кольца, стагмометрический метод (метод взвешивания капель), метод висячей капли. Эти методы имеют большую точность измерения ПН жидкостей, но большинство из них требует дорогостоящего специализированного оборудования и создания специальных условий для их корректной работы и для получения воспроизводимых результатов.

Нами предлагается использовать метод максимального давления в пузырьке, который реализуется с помощью прибора Ребиндера. Основным недостатком этого метода является большее количество исследуемой жидкости для проведения эксперимента. С другой стороны, метод является простым, сравнительно дешевым и позволяет получать воспроизводимые результаты при исследовании жидкостей, имеющих различную вязкость.

Дальнейшие исследования будут направлены на исследование зависимости состава биологических жидкостей при различных патологических состояниях и измеряемого значения ПН для установления возможности использования этого метода для экспресс-диагностики патологических состояний человека и животных.

Клишкан Д.Г., Ветров С.Ф., Андреев Р.Н., Мельник В.А., Ядыкин Б.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Макеевский городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Макеевка

АКТУАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Острые кишечные инфекции (ОКИ) или, согласно терминологии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), острые диарейные заболевания, распространены повсеместно и по частоте встречаемости занимают второе место после острых респираторных инфекций и гриппа. Они представляют собой значимую проблему мирового здравоохранения. У детей и взрослых ОКИ могут приводить к тяжелым осложнениям, включая отдаленные последствия в виде нарушений развития, дистрофии и хронического дисбиоза. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется до 1,2 млрд случаев заболевания ОКИ, 1 млн из которых заканчивается летальным исходом. Основными причинами распространения ОКИ в мире являются миграционные процессы, рост международного туризма, нерегламентированное использование необеззараженных сточных вод и их осадков. Большая часть случаев заболеваний приходится на развивающиеся страны. При этом, реальная заболеваемость ОКИ в 3-5 раз превышает официальную. Это может происходить за счет неполной регистрации большого количества стертых и легких форм, за лечением которых пациенты или их родители не обращаются в лечебно-профилактические учреждения.

Цель исследования заключалась в установлении современных характеристик эпидемического процесса актуальных кишечных инфекций в Донецкой Народной Республике и определении наиболее эффективных путей их профилактики.

Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями различной этиологии в ДНР за 6 месяцев 2022 г. и за аналогичный период 2021 г. по материалам официальной регистрации Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Статистический анализ полученных данных проводился средствами пакета «Statistica 10.1».

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями в Донецкой Народной Республике (ДНР) в настоящее время ниже среднего многолетнего показателя, несмотря на существующие проблемы с водоснабжением и социально-экономической обстановкой. На основании проведенного анализа были определены возрастные группы риска по заболеваемости: дети 1-4 и 5-9 лет. Несмотря на меры, которые принимаются Государственной санитарно-эпидемиологической службой совместно с другими центральными и местными органами исполнительной власти относительно обеспечения санитарного и эпидемического благополучия населения, с июня текущего года отмечается рост заболеваемости ОКИ на территориях гг. Донецка, Макеевки, Горловки, Новоазовского и Первомайского районов. Ведущим путем передачи ОКИ остается пищевой. Общий централизованный фактор передачи ОКИ не установлен. С целью своевременного реагирования на внезапный рост биологических опасностей на административных территориях ДНР проводится оперативный мониторинг инфекционной заболеваемости с оценкой эпидемической ситуации с выявлением и установлением причин и условий возникновения и распространения ОКИ и других инфекционных заболеваний.

Таким образом, в ДНР в настоящее время эпидемическую ситуацию по острым кишечным инфекциям можно определить как неустойчивую. Наиболее значимыми профилактическими и противоэпидемическими мероприятиями являются своевременное выявление и рациональная терапия больных, текущая и заключительная дезинфекция, а также повышение санитарно-гигиенической грамотности населения.

Клишкан Д.Г., Романченко М.П., Ветров С.Ф., Пацкань И.И., Курехин А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОДОСНАБЖЕНИЯ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА В УСЛОВИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА

Вода должна отвечать определенным гигиеническим требованиям: иметь хорошие органолептические свойства, быть безвредной по химическому составу, не содержать патогенных микроорганизмов и других возбудителей заболеваний. Только достаточное количество доброкачественной питьевой воды предупреждает возникновение заболеваний и гарантирует сохранение здоровья населения (расчетное количество 600 л/сут.).

Основным источником водоснабжения для населенных пунктов Донецкой Народной Республики является канал Северский Донец-Донбасс, который до настоящего времени оставался единственным источником водоснабжения более 90% населения ДНР.

В феврале 2022 г. работа Канала была приостановлена из-за разрушения (обесточивания) вследствие активных боевых действий насосных станций. Водоснабжение обеспечивалось за счет резервных водохранилищ, с ограниченным дебитом.

РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР были введены следующие организационные мероприятия, а именно: введена графиковая подача воды, с 19.02.2022г. на территории ДНР введен режим «Чрезвычайная ситуация вследствие аварий в системах обеспечения населения питьевой водой» государственного уровня для органов и сил Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайной ситуации ДНР. В рамках указанных мероприятий согласован «Технологический режим подготовки питьевой воды в условиях чрезвычайной ситуации» а на сооружениях водоподготовки организовано дополнительное обеззараживание за счет использования установок по производству гипохлорита натрия.

Для наполнения Канала и резервных водохранилищ использовались природные водоемы первой, второй и третьей категории. Недостаток питьевой воды компенсировался за счет раздачи населению бутилированной питьевой воды. Одновременно была организована доставка питьевой и технической воды автоцистернами.

Были предложены и реализованы санитарно-гигиенические мероприятия по обеспечению санитарного и эпидемического благополучия при транспортировке воды и для предприятий по производству (доочистке) воды питьевой.

С целью дальнейшей оптимизации работы целесообразно внедрить современные информационные технологии СГМ с учетом Концепция развития СГМ, утвержденной приказом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 26.08.2019 г. № 665. Необходимо обеспечить внедрение современных интернет-технологий для эффективного проведения в санитарно-просветительской работы в регионе.

Остается актуальным вопрос по первоочередным мероприятиям жизнеобеспечение Донецкого региона за счет ввода в эксплуатацию альтернативных источников водоснабжения.

Князева А.К., Комарова Е.Б., Блудова Н.Г.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ВЛИЯНИЕ НПВП НА РАЗВИТИЕ ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

В настоящее время широко известно, что ревматоидный артрит (РА) представляет собой хроническое аутоиммунное воспалительное заболевание, сопровождающееся прогрессирующей деструкцией суставов, поражением внутренних органов и широким спектром коморбидных заболеваний (Smolen

JS, et. al., 2016). Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются важным компонентом комплексной терапии РА. Именно в терапии ревматических заболеваний, в частности РА, НПВП используются длительно и в высоких дозах (Clinical Guidelines, 2021). При этом наиболее частой патологией, ассоциированной с приемом НПВП, является поражение гастродуоденальной зоны – НПВП-гастропатия. Клинические проявления НПВП-гастропатии развиваются у 5-50% пациентов, принимающих НПВП (Scarpignato S., et. al., 2010). Цель: изучить частоту развития гастропатий у больных РА, получающих терапию НПВП. Материалы и методы. Было обследовано 89 больных, у которых имелся достоверный РА, преимущественно серопозитивный, со средней степенью активности патологического процесса. Средний возраст пациентов составил $44,7 \pm 14,7$ года. Патологию со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выявляли тщательным клиническим обследованием. Эндоскопическое исследование проводилось с определением *Helicobacter pylori* с помощью аппарата «Оптимед КУЭ-01». Суточное мониторирование pH желудка и пищевода проводилось при помощи системы для длительного непрерывного мониторирования «Гастроскан-24». Больные были распределены на 2 группы. Группирующим признаком являлась проводимая терапия следующими препаратами: 1) 45 больных РА (1 группа), получавшие Диклофенак в дозе 100 мг/сут 20 дней, с повторением курса в течении года; 2) 44 больных РА (2 группа), получавшие Нимесулид в дозе 100 мг/сут в течении года с перерывами в период ремиссии. Результаты и обсуждение. Проведенный анализ взаимосвязи клинико-лабораторных особенностей РА и диспепсического и абдоминального болевого синдромов показал, что наличие диспепсических жалоб и боли в эпигастральной области не зависело от пола, возраста больных, а также длительности, активности, рентгенологической стадии заболевания и наличия ревматоидного фактора в сыворотке крови ($p > 0,05$). Из 89 обследуемых больных РА 49 (55%) жаловались на периодические боли в эпигастриальной области, у 40 (45%) обнаружен диспепсический синдром. При фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) эрозивные поражения слизистой оболочки желудка обнаружены у 20 (44%) больных 1-й группы и у 11 (25%) больных 2-й группы; эзофагит обнаружен у 23 (51%) больных 1-й группы и у 16 (40%) больных 2-й группы. Результаты гистологического исследования позволили выявить хроническое активное воспаление слизистой желудка и пищевода. У 74 (83%) больных РА обнаружен *Helicobacter pylori*. При обследовании обнаружено, что развитие гастропатии имело место у 13 (29%) больных РА 1-й группы и у 5 (12,5%) больных 2-й группы. Максимальные значения внутрипищеводной кислотности у пациентов 1-й и 2-й групп в течение суток составили $8,76 \pm 0,14$ и $7,96 \pm 0,20$ соответственно ($p < 0,05$). В 1-й группе наблюдалось понижение pH в ночное время $6,19 \pm 0,13$ по сравнению с $5,90 \pm 0,16$ во 2-й группе ($p < 0,05$). Это может косвенно свидетельствовать о наличии дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) у пациентов с РА, вероятно, вследствие ослабления тонуса нижнего пищеводного сфинктера и нарушения антродуоденальной моторики. Анализ 24-часовых pH-грамм выявил, что у 37% больных 1-й группы имелось сочетание гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов. Именно в этой группе у всех пациентов был отмечен клинический «перекрест» болевого и диспепсического синдромов ($p < 0,05$).

Таким образом сравнительная частота встречаемости НПВП-гастропатии у больных РА в зависимости от приёма неселективных и селективных НПВП позволили установить преимущество Нимесулида в сравнении с Диклофенаком, а также, что длительный приём НПВП как неселективных, так и селективных, требует пристального внимания врача в отношении риска развития патологии ЖКТ, в частности, НПВП-гастропатии и сопутствующего поражения пищевода.

Ковалева К.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОГИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ ДЕЗАДАПТИВНОГО ВЛИЯНИЯ ПАНДЕМИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА

Актуальность. Пандемия COVID-19 явилась для общества широкомасштабным потрясением в связи с воздействием таких стрессоров, как: глобальность и неподконтрольность ситуации, наличие непосредственной угрозы жизнедеятельности, неконтролируемый поток устрашающей информации

в СМИ, экономическая и гуманитарная нестабильность, прогрессивно увеличивающийся с каждой новой «волной» вируса уровень заболеваемости/ смертности, депривационные социальные ограничения и стигматизация отдельных категорий людей (инфицированные/контактные, вакцинированные/ невакцинированные лица и т.п.). Тревога в данном контексте может являться, как изолированным симптомом, так и пусковым механизмом в комплексной дезадаптивной стрессовой реакции. Выявленные закономерности реагирования на события подобного масштаба и пандемический опыт может быть экстраполирован на ряд других событий/социальных явлений, меняющих жизненный уклад и мировосприятие человека.

Цель работы. Изучение выраженности ситуационной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) у лиц молодого возраста с различным уровнем нервно-психической адаптации.

Материалы и методы. Контингент обследуемых лиц составили 108 студентов медицинского вуза в возрасте 19-26 лет, из них мужчины – 35 чел. (32,4%), женщины – 73 чел. (67,6%), разделенных на три группы в зависимости от уровня психической дезадаптации: группа 1 (гр. 1) – лица молодого возраста в состоянии оптимальной адаптации (34 чел.), группа 2 (гр.2) – лица с признаками непатологической психической дезадаптации (30 чел.), группа 3 (гр. 3) – патологической психической дезадаптации (44 чел.). Психодиагностический метод включал использование «Шкалы тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory)». Статистическая обработка результатов проводилась с помощью лицензионных пакетов MS Excel и MedStat на IBM PC/AT с использованием непараметрических критериев (результаты достоверны при уровне значимости $p < 0,01$).

Результаты и обсуждение. В результате анализа полученных данных было выявлено, что среди общего числа обследуемых средние показатели СТ находятся на умеренном уровне ($39,9 \pm 10,4$ баллов), а ЛТ – на высоком ($46,7 \pm 6,9$ баллов) вне зависимости от пола. Также представители всех групп обнаруживают умеренный уровень СТ (гр. 1 – $33,0 \pm 8,6$ балла; гр. 2 – $41,9 \pm 6,6$ баллов; гр. 3 – $43,8 \pm 11,3$ баллов). В отношении ЛТ результаты распределились следующим образом: гр. 1 – $42,1 \pm 4,8$ балла (умеренный уровень), гр. 2 – $45,5 \pm 4,8$ балла и гр. 3 – $51,0 \pm 7,0$ балла (высокий уровень).

Выводы. Демонстрируемый представителями групп 2 и 3 высокий уровень личностной тревожности является отображением наличия в структуре личности обследуемых определенных дезадаптивных способов восприятия и интерпретации жизненных событий как угрожающих, несущих негативные последствия для самооценки/ жизнедеятельности в целом. В рамках существования пандемической трудной жизненной ситуации, среди основных стрессоров которой превалирует угроза жизни и здоровью, а наиболее дестабилизирующим фактором является инфодемия на фоне глобальных изменений привычных жизненных стереотипов, подобные особенности восприятия могут являться одним из ключевых механизмов развития психической дезадаптации. Достоверно различный уровень данного показателя среди сравниваемых групп ($p \leq 0,01$) при пограничных значениях ЛТ даже для респондентов группы 1, свидетельствует в пользу наличия ряда когнитивных и эмоциональных дезадаптивных паттернов у всех лиц молодого возраста, в различной степени дисфункционально реагирующих на стрессовое воздействие, что является одной из основных мишеней психокоррекционного и психотерапевтического воздействия в ряду механизмов формирования психической дезадаптации.

Коваленко С.Р.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ САМООЦЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Самооценка отражает критичность индивида к способностям, которыми он обладает, своим возможностям, своему текущему состоянию, в том числе психическому. Адекватная личностная самооценка – это реалистичная оценка индивидом своих личностных качеств, потенциала, поступков и т.д. При завышенной самооценке индивид склонен переоценивать свой личностный потенциал. Это зачастую отражается в их недружелюбном, а иногда и агрессивном отношении с социумом. Заниженная самооценка характеризуется неуверенностью в себе, нерешительностью, застенчивостью.

Цель исследования. Выявить особенности личностной самооценки (самооценка, уровень притязаний, самоотношение) у пациентов параноидной шизофренией.

Материалы и методы. Исследование самооценки личности проводилось путем обследования 40 пациентов с установленным диагнозом параноидная шизофрения, непрерывный тип течения (F 20.0) с различной длительностью течения расстройства, в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст $36,3 \pm 3,57$). Для оценки высоты самооценки и уровня притязаний использовалась методика Дембо-Рубинштейн (модификация А.М. Прихожан). Для исследования самоотношения испытуемых применялась методика самоотношения В.В. Столина, С.Р. Пантелеева.

Результаты. Среднестатистический уровень самооценки составил $60,45 \pm 28,12$ балла – реалистический уровень. При этом 20 пациентов продемонстрировали завышенный уровень самооценки, а 9 заниженный и лишь у 11 (27,5%) пациентов самооценка была в пределах нормы. Средние значения уровня притязаний находились на границе нормы ($84,1 \pm 19,9$), но лишь у 10 (25%) испытуемых показатели были в пределах нормы, а 26 (65%) пациентов ставили перед собой нереальные цели. Также на границах нормы были показатели разности ($23,63 \pm 25,52$), при этом 10% респондентов продемонстрировали отрицательную разницу между уровнем самооценки и уровнем притязаний, то есть считали, что их некоторые качества находятся на слишком высоком уровне.

При исследовании самоотношения, большинство испытуемых по всем шкалам методики показали результаты ниже 40 и выше 80 баллов. Такие показатели авторы данной методики не рекомендуют интерпретировать, так как считают, что они могут быть обусловлены влиянием второстепенных (внутренних и внешних) условий. Таких респондентов насчитывалось от 17 человек или 42,5% («Ауто-симпатия», «Саморуководство») до 31 человека или 77,5% («Ожидание положительного отношения», «Ожидание отношения других», «Самоинтерес», «Самообвинение»).

Выводы. Высота самооценки, не смотря на нормальные средние значения, у большинства испытуемых была завышенной. Следовательно, пациентам с параноидной шизофренией свойственна переоценка своих возможностей, они не способны адекватно оценить качества и способности, а значит, критично относятся к ним, испытуемые ставят перед собой нереалистические и не достижимые цели.

При исследовании самоотношения испытуемых следует отметить, что большинство пациентов показали результаты, которые не подлежат интерпретации. Можно предположить, что в данном случае вторичными условиями, которые оказывают влияние на респондентов во время прохождения методики, является непосредственно психическое расстройство (параноидная шизофрения) и те негативные воздействия, с которыми сталкивается человек во время болезни. Это эффекты стигматизации и самостигматизации, социальной депривации, выученной беспомощности, проблемы самоактуализации, а также непосредственно нарушений мышления и эмоционально-волевой сферы, отсутствие критической оценки своего состояния. Все перечисленное в теории может приводить к нарушениям идентичности и самоидентификации.

Коваленко Я.О., Осипенкова Т.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАЛИГНИЗАЦИИ ПОСТЭКСТРАКЦИОННОГО ЭПУЛИСА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НА ФОНЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПЛОСКОЙ ФОРМОЙ ЛЕЙКОПЛАКИИ

Лейкоплакия представляет собой ороговение слизистой оболочки полости рта или красной каймы губ, которое возникает, как правило, в ответ на хроническое экзогенное раздражение, и относится к факультативному предраку с вероятностью злокачественной трансформации до 9,5%. Наибольшую опасность представляют веррукозная и эрозивно-язвенная форма лейкоплакии.

Термин «эпулис» является общим для обозначения опухолевых и опухолеподобных образований альвеолярного отростка. Особое внимание необходимо уделять диагностике гигантоклеточных эпулисов в связи с характером их роста, особенностями их лечения и прогноза.

Цель исследования: изучить возможные осложнения при лечении плоской формы лейкоплакии на примере конкретного пациента.

Методы исследования: осмотр пациента, работа с медицинской документацией, наблюдение, анализ научной литературы.

Материалы и методы. больная Л. 70 лет, обратилась с целью протезирования зубных рядов. При осмотре выявлен ряд разрушенных зубов и очаги плоской лейкоплакии на альвеолярном отростке верхней челюсти и твёрдом нёбе, которые, согласно анамнеза существуют на протяжении 10 лет. При подготовке к протезированию в зоне видимо неизменной слизистой оболочки было проведено удаление трёх разрушенных зубов и назначено местное лечение выявленных очагов лейкоплакии. Через 10 дней на контрольном осмотре был выявлен новый эпulisовидный элемент поражения слизистой оболочки альвеолярного отростка в области одного из удалённых зубов. Была осуществлена эксцизионная биопсия участка слизистой оболочки альвеолярного отростка с подлежащей надкостницей диаметром 15 мм. с последующим выставлением патогистологического диагноза: фиброзный эпulis с веррукозной лейкоплакией эпителия с явлениями умеренной дисплазии и мелким очагом малигнизации и признаками микроинвазии.

Результаты. По прошествии 1 месяца после эксцизионной биопсии во время контрольного осмотра в месте манипуляции определяется заживление раневой поверхности с формированием визуально нормальной слизистой оболочки без признаков патологических отклонений. Через 4 месяца определяется отсутствие признаков патологических изменений слизистой оболочки полости рта, в т. ч. в участках ранее имевших плоскую лейкоплакию.

Вывод. На примере данного пациента описан случай развития патологических изменений слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти после экстракции зубов на фоне имеющихся структурных проблем в виде факультативного предрака. Пациенты с предраковыми заболеваниями в области проведения инвазивных манипуляций требуют обязательного последующего контроля.

Коккина И.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО НАЧАЛА МОНИТОРИНГА НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Атопический дерматит (АД) является широко распространённым, особенно в индустриально развитых странах, хроническим мультифакториальным заболеванием с выраженной генетической детерминацией, при котором поражение кожных покровов, сопровождающееся мучительным зудом, является наиболее характерным, но далеко не единственным синдромом, обуславливающим значительное снижение качества жизни пациентов вплоть до инвалидизации. Более того, патологический процесс носит выраженный полисистемный характер, прогрессирующий в динамике заболевания, что проявляется так называемым «атопическим маршем» с развитием не только аллергического ринита и бронхиальной астмы, но и множеством других нарушений, среди которых особое место как по распространённости, так и по тяжести последствий занимают аутоиммунные эндокринопатии, в частности – с вовлечением гипоталамо-гипофизарной системы и непосредственно контролируемых ею осей нейрогуморальной регуляции. К сожалению, серьёзной проблемой клинической медицины является недостаточная информированность практикующих врачей о наличии такой тесной связи между атопией и аутоиммунными эндокринопатиями, что зачастую приводит к отсутствию должного внимания к мониторингу состояния нейроиммуноэндокринной системы при АД, особенно на его ранних стадиях, когда эндокринопатии находятся ещё в субклинической фазе. Это приводит к «внезапной» клинической манифестации выраженного синдрома нейрогуморальной дисрегуляции, нередко уже в стадии истощения компенсаторно-приспособительных ресурсов организма, когда даже адекватная гормонозаместительная терапия не в состоянии обеспечить полное восстановление нарушенных функций и паттернов регуляции.

В проведённых нами экспериментальных исследованиях на белых крысах с моделью АД были детально изучены стадии формирования аутоиммунных эндокринопатий. Было показано наличие до-

статочной длительной фазы преобладания «псевдонормальных» показателей уровней гормонов крови при формирующемся синдроме нейрогуморальной дисрегуляции. При этом лишь регулярная комплексная оценка состояния животных с определением преобладающих поведенческих паттернов в совокупности с мониторингом содержания гормонов и степени аутоиммунизации животных к тканям нейроиммуноэндокринной системы позволяет своевременно провести скрининг индивидуумов, нуждающихся в раннем начале патогенетически обоснованной коррекции аутоиммунных эндокринопатий. Полученные нами данные демонстрируют настоятельную необходимость мониторинга состояния нейрогуморальной регуляции с момента выявления АД, что также соответствует выводам на основе клинических наблюдений.

Кокина И.В., Клименко О.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАНДЕМИИ COVID-19 И ЕЁ ПОСЛЕДСТВИЙ: ДЕСИНХРОНОЗЫ, НАРУШЕНИЯ СНА И ИХ СВЯЗЬ С НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ ДИЗРЕГУЛЯЦИЕЙ

Коронавирусное заболевание человека, впервые официально зарегистрированное в 2019 году (COVID-19), вызывается различными штаммами нового коронавируса SARS-CoV-2 и отличается контагиозностью и чрезвычайной вариабельностью течения: от бессимптомного до крайне тяжёлого. Одной из важнейших особенностей COVID-19 является риск серьёзных полисистемных поражений не только в остром периоде инфекции, но и в периоде ранней и поздней реконвалесценции. При этом нарушения со стороны центральной нервной системы (ЦНС) и десинхронозы в широком понимании как разнообразные нарушения естественных биоритмов являются одним из самых частых последствий пандемии COVID-19, которая вызвала не только мировой кризис здравоохранения и экономики, но и серьёзно изменила повседневную жизнь многих людей, включая семьи пациентов и медицинских работников, что повлияло на их физическое и психологическое состояние. На основании обзора более 100 литературных источников, посвящённых хронобиологическим аспектам COVID-19, в частности – десинхронозам, нарушениям сна и их патогенетическим механизмам, за период с января 2020 по ноябрь 2022 года, с использованием баз данных PubMed, MEDLINE, EMBASE, Web of Science, нами сделан вывод, что пандемия в значительной степени затронула и неотъемлемую часть существования человека – сон. Клинико-эпидемиологические данные свидетельствуют о значительном распространении нервно-психических нарушений, так или иначе связанных с COVID-19, в глобальной популяции, при разнородности их вероятных патофизиологических механизмов в различных медико-социальных группах. Помимо непосредственного нейротропного повреждающего влияния вируса SARS-CoV-2 на центральные осцилляторы циркадианных биоритмов: гипоталамус, эпифиз, ретикулярную формацию, значительный эффект нарушения сна оказывают страх и тревога перед потенциальной инфекцией, совокупность карантинных мер, а также работа в ночную смену, особенно у медицинских работников. Наиболее распространённые типы диссомнии, связанные с COVID-19, включают обусловленные дисфункцией или органическим повреждением ЦНС нарушения циркадианного ритма сна и связанную с ними чрезмерную дневную сонливость, острую и стойкую инсомнию, синдром обструктивного апноэ во сне, посттравматическую диссомнию, аномальные сны (кошмары), транзиторный синдром беспокойных ног, связанный с инсомнией. Авторами некоторых крупномасштабных исследований и систематических обзоров подчёркивается положительная корреляция тяжести течения COVID-19 и синдрома системного воспалительного ответа с выраженностью десинхронозов, нарушений сна и нейрогуморальной дисрегуляции, тогда как другие работы такой зависимости не отмечают, указывая на развитие серьёзных осложнений такого рода даже после бессимптомной инфекции. Во многих публикациях приводятся свидетельства формирования различных форм нейрогуморальной дисрегуляции, в частности – эндокринопатий и иммунологического дисбаланса, в тесном сопряжении с десинхронозами, диссомнией и другими нервно-психическими отклонениями при COVID-19 и в периоде реконвалесценции. Всё вышеприведённое свидетельствует

о необходимости дальнейшего углублённого изучения хронобиологических аспектов COVID-19 в глобальном масштабе для оптимизации путей патогенетически обоснованной профилактики и коррекции десинхронозов и диссомний в разных популяционных группах с учётом вовлечённости различных патофизиологических механизмов в формирование данных нарушений.

Коктышев И.В., Бугашев К.С., Мартыненко А.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РАСПРОСТРАНЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Актуальность. 8 долгих лет в Донецкой Народной Республике (ДНР) идет гражданская война, которая является сильной стрессовой ситуацией. Нервная система испытывает большие нейрогенные нагрузки. В условиях индустриализированной экономики, к организму предъявляются большие адаптационные требования, а обстоятельства войны, ослабляя этот процесс, формируют стрессовую обстановку, еще более усиливая нейрогенную нагрузку, переводя стресс в явную патологию.

Цель данной работы состояла в установлении закономерностей и особенностей формирования болезней нервной системы среди взрослого населения ДНР в условиях военно-политического конфликта и высокого нервно-психологического напряжения в обществе.

Методика исследования. Анализ болезней нервной системы проводился по материалам годовых отчетов и текущим результатам лечебного процесса, Использовались материалы статистических сборников Республиканского Центра организации ЗО, медицинской статистики и информационных технологий МЗ ДНР. Частота возникновения и распространения нервных болезней изучена за последние 8 лет (2014-2021гг). Все результаты подвергались статистической обработке посредством компьютерной программы Statistika.

Результаты исследования. Частота возникновения первичных случаев болезней нервной системы среди взрослого населения ДНР находится в настоящее время (2014-2021гг) в пределах 95,0 случаев на 10000 человек и колеблется от 81,0 до 119,9 случаев на 10000 населения. Показатель распространенности болезней нервной системы находится на высоком уровне, составляя 370,9 случаев на 10000 человек, а годовые колебания его достигают 303,4 случаев на 10000 человек, то есть хронические болезни нервной системы широко распространены, а их показатели продолжают находиться на высоком уровне. При этом болезни нервной системы предопределяются двумя нозологическими формами – вегетососудистой дистонией и болезнями периферической нервной системы. Высокий показатель распространенности характерен для вегетососудистой дистонии и находится на уровне 176,2 на 10000 населения, показатель частоты первичной заболеваемости ниже на 48,6 случаев на 10000 населения.

Распространенность болезней периферической нервной системы составляют 48,2 случаев на 10000 человек, первичной – 21,5. Высокий уровень распространенности воспалительных заболеваний цнс 96,2 на 10000 человек, эпилепсий 12,9 на 10000 человек, невротических расстройств, которые достаточно активно предопределяют частоту возникновения нервных болезней и формируют на высоком уровне ситуативную тревожность среди населения Донбасса. По методике Спилберга уровень ситуативной тревожности среди населения ДНР достигает высокого уровня в пределах 30-45 баллов, что предопределяет достаточно высокий показатель распространенности невротических расстройств

Анализ динамики этих показателей установил значительный рост как распространенности так и первичной заболеваемости вегетососудистых дистоний. Все остальные имеют волновой характер.

Выводы. 1. Частота возникновения первичных случаев болезней нервной системы среди населения ДНР 95,0 случаев на 10000 человек.

2. Показатель распространенности болезней нервной системы среди населения ДНР 370,9 случаев на 10000 человек

3. Болезни нервной системы предопределяются двумя нозологическими формами: болезнями периферической нервной системы и вегетососудистой дистонией.

4. Показатель частоты возникновения первичных случаев нервных болезней характеризуется волнообразной динамикой.

5. Показатель распространенности болезней нервной системы постоянно удерживается на высоких цифрах в течении последних 8 лет.

Коктышев И.В., Лихобабина О.А., Охотникова М.В., Зяблицев Е.Д., Данилова Ю.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Современная цивилизация не обладает совершенной системой охраны здоровья человека. Об этом свидетельствует ряд важных фактов: невысокая и имеющая тенденцию к сокращению средняя продолжительность жизни человека, высокая общая и младенческая смертность, наличие признаков раннего постарения современного человека, появление новых болезней, редко встречавшихся (эндокринные, аллергические, обменные, врожденные), высокий уровень или рост болезней цивилизации, увеличение числа болезней, протекающих в стертых, аномальных и тяжелых формах, множественность болезней у одного индивида, уменьшение доли абсолютно здоровых людей, усиление процесса воспроизводства неполноценного поколения. Все это красноречиво подчеркивает низкую эффективность существующих систем здравоохранения, как со стороны профилактической, так и клинической медицины.

Структурный анализ базовых систем здравоохранения показывает, что ни одна из них не является идеальной. Однако каждая базовая система имеет свои достоинства и преимущества, а также свойственные ей изначальные недостатки. Сравнительный анализ государственной, страховой и частной систем здравоохранения показывает, что эти системы выполняют близкие или почти одинаковые ключевые функции, также стоит отметить, что страховая система здравоохранения изначально не обладает чертами оптимальности и нуждается также как и государственная в совершенствовании.

Следовательно, все базисные системы здравоохранения не являются идеальными и не могут оптимально выполнять задачи охраны здоровья всех социальных слоев населения. По этой причине страны, достигшие высокого экономического, социального развития общества идут по пути создания многоукладных систем здравоохранения. Многоукладные системы здравоохранения – системы, основанные на рациональном сочетании лучших характеристик и элементов всех 3-х базисных систем.

При этом многоукладное здравоохранение создается на основе той базисной системы, которая получила широкое развитие в данной стране ранее. Поэтому в данное время сформировались следующие типы многоукладных систем: многоукладная преимущественно государственная (Англия, Канада, Скандинавия); многоукладная преимущественно страховая (страны Европы, Япония); многоукладная преимущественно частная (США). Страны с наиболее развитой многоукладностью здравоохранения в последние 15-20 лет достигли наибольших успехов в улучшении здоровья населения. Учитывая многовариантность сочетания составных элементов базисных систем в структуре многоукладной системы можно предположить появление новых, более совершенных многоукладных систем здравоохранения.

Таким образом, основным направлением будущего развития систем здравоохранения является формирование многоукладного здравоохранения на основе рационального долевого сочетания лучших составных элементов базисных систем с учетом строгих принципов преемственности при переходе на данный вид системы и возможностью нивелирования недостатков базисных систем здравоохранения.

Коктышев И.В., Охотникова М.В., Зяблицев Е.Д., Смутьская Н.Г., Парахина О.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Качество медицинской помощи – это эффективность лечения и обследования пациента. Цель, стоящая перед здравоохранением – это обеспечение высокого качества оказания медицинской помощи. В Российской Федерации укомплектованность штата врачами составляет более 60% в поликлинических учреждениях и около 85% в стационарных. В поликлиниках Российской Федерации дефицит участковых терапевтов и педиатров (физических лиц) давно превысил уровень 30% от числа врачебных участков. На фоне этого, число «узких» специалистов превышает число участковых врачей (общей практики), и тенденция таких структурных диспропорций стремительно нарастает. Сегодня признано аксиомой, что обеспечить высокий и стабильный уровень качества путем организации его контроля, специально созданными для этого службами невозможно. Опыт показал, что чисто административными мерами или только экспертными средствами контроля эффективно решать проблему качества не удается.

Главными проблемами качества в здравоохранении являются:

Первая проблема. До настоящего времени нет реальной системы учета трудозатрат конкретного медицинского работника, позволяющей дать оценку и произвести анализ его

количественного и качественного вклада в здоровье отдельного пациента, а значит, нет механизма экономического стимулирования врача за качественно выполненную работу.

Без такой системы невозможно перейти на экономические методы управления.

Вторая проблема. В системе здравоохранения надежды на повышение качества медицинских услуг связаны с внедрением медицинского страхования и формированием рынка страховых услуг.

Третья проблема. Уровень качества должен контролироваться на всех стадиях жизненного цикла медицинской услуги: на стадии разработки технологического стандарта; на стадии производства медицинской услуги; на стадии эксплуатации медицинской услуги. Пока отсутствуют механизмы эффективного контроля на 2 и 3 стадиях.

Учитывая важность вышеуказанных проблем возникает необходимость в создании новой информационной системы учета трудозатрат. Страховые медицинские организации, независимые от чиновников и имеющие государственную лицензию должны осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе на основе договоров с лечебно-профилактическими учреждениями, контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора, а также в создании объективных критериев измерения соответствия нормативной (стандартной) стоимости и фактической стоимости оказанных медицинских услуг. Необходимо проведение лечебно-контрольных комиссий и клиничко-анатомических конференций с подробным разбором наиболее часто встречающихся дефектов с проведением ведомственного контроля качества и эффективности медицинской помощи.

Колесник И.А., Былым Г.В., Чурилов А.А., Подоляка Д.В., Туттов С.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКАЯ АМЕНОРЕЯ У ПАЦИЕНТОК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Актуальность. С каждым годом увеличивается количество девушек с функциональной гипоталамической аменореей (ФГА). Нервная анорексия с сопутствующей ей аменореей оказывает негативное влияние на формирование репродуктивной функции у женщин. В пубертатном периоде наступление аменореи носит вторичный характер: обычно ее расценивают как результат потери веса вследствие ограничения в приеме пищи и болезненного стремления к похуданию. При более раннем начале нерв-

ной анорексии возможно нарушение роста девочек, задержка развития половых признаков и первичная аменорея. В дальнейшем возникает высокий риск развития остеопороза. Следует отметить, что данное заболевание требует комплексный подход к лечению, так как оказывается на границе таких медицинских дисциплин как :гинекология, эндокринология и психиатрия

Цель: Выявить связи между содержанием гормона жировой ткани, роста – весовыми показателями и состоянием менструальной функции у больных нервной анорексией. Материалы и методы исследования: Было проведено комплексное обследование 23 девушек в возрасте от 15 до 26 лет. Основную группу (15 женщин) составили пациентки с функциональной гипоталамической аменореей, у которых наблюдался низкий индекс массы тела (ИМТ), а в группу контроля (8 женщин) были включены девушки с регулярным ритмом менструаций и нормальным ИМТ. Длительность аменореи – 1-3 года, скорость потери массы тела – $2,3 \pm 2,1$ кг/мес. ФГА у 77,4% больных наступила на фоне регулярного ритма менструаций, у 22,6% – на фоне олигоменореи. Помимо клинико-анамнестического обследования проведено определение уровня гормонов в сыворотке крови (лютеотропного гормона, фолликулостимулирующего гормона, тиреотропного гормона, эстрадиола, свободного тироксина, пролактина, кортизола, лептина) и УЗИ органов малого таза. С пациентками проводилось индивидуальное собеседование с психиатром в виде полуструктурированного клинического интервью, консультация диетолога с анализом фактического питания.

Результаты: Развитию ФГА в 85% случаев предшествовала потеря массы тела в среднем на 16-20% за достаточно короткий промежуток времени (в среднем за 6-8 месяцев). Результаты диетологического консультирования свидетельствовали, что 60% женщин употребляли пищу сниженной калорийности. У 80% женщин основной группы имел место пищевой дисбаланс потребляемых макронутриентов, с существенным снижением доли углеводов, жиров, и преобладанием белковой пищи. Снижение процентного содержания жировой ткани было выявлено у 81,2% пациенток с ФГА (у 96,8% – с низким ИМТ и у 76,2% – с нормальным ИМТ). Наряду с количественной проводилась функциональная оценка жировой ткани по концентрации лептина в сыворотке крови. В сниженной калорийности основной группе его уровень оказался в 1,7 раз ниже, чем в группе контроля. Известно, что секреция гонадотропин-рилизинг-гормона на уровне инфундибулярных ядер гипоталамуса находится под контролем модулирующего влияние лептина. По данным ряда исследований, его снижение может инициировать супрессию гонадотропин-рилизинг гормонов и пульсационную секрецию лютеинизирующего гормона, что имеет важное значение в формировании ФГА.

Вывод: Патогенез формирования функциональной гипоталамической аменореи у пациенток с нервной анорексией зависит от гормона жировой ткани – лептина. В свою очередь сниженный уровень лептина, находится в прямой пропорциональной зависимости от индекса массы тела, темпов похудения и обратной пропорциональной зависимости от величины абсолютной потери веса. Снижение содержания лептина в крови, первично вызванное потерей жировой массы тела, влечет за собой редукцию секреции лютеотропного и фолликулостимулирующего гормона, с последующим сокращением овариальной продукции эстрогенов вследствие чего наступает аменорея.

Колесников А.Н., Линчевский Г.Л., Головки О.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

О ПУТЯХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ

Согласно Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. № 136н «Об утверждении профессионального стандарта «Врача-неонатолога» основная цель вида профессиональной деятельности определена как «Профилактика, диагностика и лечение заболеваний и (или) патологических состояний новорожденных и недоношенных детей; и восстановление жизненно важных функций организма при угрожающих жизни состояниях у новорожденных и недоношенных детей».

Реанимационная помощь новорожденным детям относится к экстренной форме медицинской помощи и требует специальной подготовки и наличия профессиональных компетенций, полученных в

рамках обучения по дополнительным профессиональным программам. При отсутствии условий для оказания реанимационной помощи новорожденным и наличии медицинского работника, прошедшего специальную подготовку и имеющего профессиональные компетенции, полученные в рамках обучения по дополнительным профессиональным программам, помощь может оказываться медицинскими работниками, обладающими умениями и знаниями оказания медицинской помощи в экстренной форме, в пределах своих профессиональных компетенций.

В методическом письме / под ред. проф. Е.Н. Байбариной. М., 2020 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале», реанимационную помощь новорожденным должны уметь оказывать: врачи и фельдшеры скорой и неотложной медицинской помощи, прошедшие подготовку (в пределах знаний, умений и навыков, полученных для оказания медицинской помощи в экстренной форме); весь медицинский персонал, присутствующий в родильном зале во время родов (врач-неонатолог, врач акушер-гинеколог, врач анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра-анестезист, медицинская сестра, акушерка); персонал отделений новорожденных и отделений реанимации и интенсивной терапии (врач-неонатолог, врач анестезиолог-реаниматолог, врач-педиатр, медицинская сестра).

Ранее, с 1998 г. такую специализированную подготовку в Донецкой, Луганской, Запорожской областях осуществлял Донецкий региональный учебно-методический центр первичной реанимации новорожденных при Управлении охраны здоровья донецкой областной государственной администрации на базе Донецкого государственного медицинского университета – кафедра неонатологии ФИПО и Областной детской клинической больницы по программе Международного согласительного комитета по реанимации (ILCOR), что нашло свое отражение в показателях качества оказания помощи новорожденным в родах, на этапах транспортировки и интенсивной терапии, показателях заболеваемости и смертности в перинатальном периоде. За время существования Центра прошли специальную подготовку и расширили профессиональные компетенции и получили Сертификаты, в рамках обучения по дополнительным профессиональным программам, более пяти тысяч специалистов-неонатологов, акушеров-гинекологов и врачей-педиатров, работающих в родильном зале, акушерок, медицинских сестер неонатальных отделений.

В последующем, работа указанного центра была свернута, так как он не входил в соответствующие реестры министерства, а материальная база и программное обеспечение используются в педагогическом процессе последипломного образования по программе «Неонатология» кафедры анестезиологии, реаниматологии и неонатологии. Постоянный контакт с специалистами-неонатологами, ординаторами и интернами свидетельствуют о снижении уровня компетенции, практических навыков, утери навыков работы в бригаде

по оказанию реанимационной помощи новорожденному в родильном зале и на этапах эвакуации и на различных уровнях. Переход на новые стандарты РФ настоятельно требуют пристального внимания к этому существенному резерву по повышению качества реанимационной помощи новорожденным, снижения их заболеваемости и смертности – принятия административных решений по обновлению материального обеспечения

Колесникова А.Г., Андреев Р.Н., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Толстюк В.И., Епифанова А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Макеевский городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Макеевка

ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ОСТРЫМИ ВЯЛЫМИ ПАРАЛИЧАМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Несмотря на успешно проводимую в мировом масштабе иммунопрофилактику полиомиелита, это заболевание остается одним из наиболее актуальных из-за тяжести осложнений после перенесения этой инфекции. В мире остаются отдельные страны, признанные Всемирной организацией здраво-

охранения (ВОЗ) эндемичными по полиомиелитной инфекции. В 2022 г. было зарегистрировано не менее 20 случаев заражения диким вариантом полиовирусом типа 1 (в Пакистане, Афганистане и Мозамбике), за 2021 г. зарегистрировано 6 случаев этой инфекции в Афганистане и Пакистане. Вакциноассоциированный паралитический полиомиелит (ВАПП) также продолжает циркулировать среди населения разных стран. Частота его возникновения, по данным ВОЗ, составляет в среднем 3 случая на 10 млн. доз живой полиомиелитной вакцины. Исследование распространенности полиомиелитной инфекции предполагает активное выявление полиовирусов в случаях регистрации острых вялых параличей (ОВП) у детей и обязательное вирусологическое обследование выявленных больных. Цель исследования состояла в оценке результатов проводимого в Донецкой Народной Республике (ДНР) эпидемиологического надзора за полиомиелитной инфекцией и определении эффективных направлений ее профилактики. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ регистрации случаев полиомиелитной инфекции и ОВП 1-е полугодие 2022 г. и за аналогичный период 2021 г. по материалам Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Госсанэпид службы Министерства здравоохранения ДНР.

В ДНР случаи паралитического полиомиелита в период с 2015 г. по июль 2022 г. не регистрировались. Тем не менее, в текущей социально-политической и экологической ситуации на фоне усиления миграции и перебоев с водоснабжением, в ДНР имеется существенный риск заноса полиомиелитной инфекции с территории Украины, где за период с октября 2021 по январь 2022 г. было выявлено 12 случаев полиомиелита, вызванного дериватом вакцинного штамма полиовируса 2 типа (Sabin 2), сформировавших 2 эпидемических очага. Установлена повышенная активность циркуляции вакцинных полиовирусов среди населения. Следует отметить, что имело место недопоставка по гуманитарной помощи инактивированной полиомиелитной вакцины, что привело к тому, что гарантированный уровень коллективного иммунитета к полиомиелиту, предотвращающий циркуляцию диких полиовирусов среди населения, обеспечен не был. За 1-е полугодие 2022 г. плановой вакцинацией против полиомиелита было охвачено 45% детей в возрасте до 1 года, при необходимом показателе не менее 50%. Наихудшие показатели иммунизации отмечены в гг. Дебальцево, Ждановка, в Старобешевском, Шахтёрском и Ясиноватском (24,8%) районах.

В связи с нестабильной ситуацией по заболеваемости паралитическим полиомиелитом в соседних с ДНР регионах, ухудшением качества диагностики полиомиелитоподобных заболеваний и сравнительно низким уровнем популяционного иммунитета существует реальная угроза распространения полиомиелитной инфекции среди населения. Качественно улучшить проведение эпидемического надзора за полиомиелитной инфекцией в ДНР возможно только прекращения военных действий и восстановления штатного состава эпидемиологической службы до необходимых нормативов. Улучшить сложившуюся ситуацию возможно также с нормализацией поставок всех необходимых вакцин для плавной иммунопрофилактики детского населения ДНР. Помимо этого, необходима слаженная работа лечебно-профилактических учреждений и санитарно-эпидемиологической службы с целью достижения достаточного уровня популяционного иммунитета против полиомиелитной инфекции, в особенности среди детей 1 года жизни.

Колесникова А.Г., Максимова М.А., Жадан Е.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЦЕЛЕЙ У ВОЕНОСЛУЖАЩИХ

Несмотря на то, что растения, как лекарственные средства, человечество использует несколько тысячелетий, в медицинскую практику термин «фитотерапия» вошел благодаря Анри Леклерку (1870-1955), только в начале прошлого века. В отличие от химических лекарственных препаратов, фитопрепараты обладают более широким терапевтическим диапазоном, их назначение сопровождается более низкой частотой побочных реакций.

Группой ученых Донецкого национального медицинского университета профессором А.А. Сохиным, доцентом А.Г. Колесниковой в 1993 году была создана новая уникальная методика получения

препаратов растительного происхождения (а.с.919184). Термин «БАКПЛАН» возник из сочетания «бак»- биологически активные компоненты, «план»- растения. На основе уникальной технологии разработки были получены три типа препаратов (БАКСП) из сосновых почек,(БАККД) коры дуба,(БАКТЗ) травы зверобоя. Препараты являются растительными фенольными соединениями, содержащими флавоноиды, органические кислоты, альдегиды, сапонины, дубильные вещества и микроэлементы.

В ходе разработки препаратов было проведено 56 химических и биохимических исследований, 365-микробиологических, 826-иммунологических, 490-гистологических и морфометрических. Впервые в микробиологических опытах было доказано, что полученные биологически активные комплексы(БАКПЛАН) обладают выраженным антимикробным действием в отношении патогенного P-209, Staphylococcus aureus Wood46, Staphylococcus aureus 209-p, Staphylococcus aureus 11B 259 10/1987, Escherichia coli 0111 stoke, Escherichia coli 055 K59 (Su3912/41), Escherichia coli 262, Escherichia coli 055-345, Escherichia coli 0142-438, Escherichia coli 075-29, Shigella flexneri 1B-55K, Shigella flexneri 6-280, Shigella Sonei 106, Salmonella millesi 519K группа R, Corynebacterium diptheroidea, Corynebacterium diptheriae. Как показали исследования, БАКПЛАН являются нетоксичными веществами, у которых отсутствуют мутагенное и тератогенное действие, что определено комплексом патоморфологических, иммунологических исследований, а также в опытах острой и хронической токсичности. Показано, что БАКПЛАН не теряют антимикробной активности при длительном хранении, для которого не требуют особой упаковки и помещений.

Учитывая актуальность вопроса, соавторы решили разработать влажные салфетки для гигиенической обработки кожных покровов и тела военнослужащих. Стерильные салфетки после автоклавирования, промачиваются раствором 0,5% «БАКПЛАН» и помещаются в упаковку по технологии запечатывания влажных салфеток. Сохраняя все вышеописанные свойства в течение года, они обладают рядом преимуществ по сравнению с обычными гигиеническими салфетками, так как кроме гигиенических целей обладают ранозаживляющими и десенсибилизирующими свойствами. Еще одним из ключевых преимуществ салфеток является их удобство; использование салфетки быстрее и проще, чем распределение жидкости и последующая очистка или удаление жидкости с помощью другой ткани/бумажного полотенца. Также, стоит уделить внимание размеру этих салфеток, так их размер стоит увеличить до размеров как минимум стандартного носового платка. Они должны иметь в защитной упаковке плотную застежку, чтоб сохранять все антибактериальные свойства на более длительное время.

Колесникова Н.А., Дубовая А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ХАРАКТЕР ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И ИХ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ У ПОДРОСТКОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Функциональные нарушения ССС занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваний подростков. Известно, что ВНС всегда принимает участие в формировании сердечного ритма. Тесная взаимосвязь вегетативной и ССС диктует необходимость изучения вегетативного статуса в комплексной оценке КЖ у лиц с кардиальной патологией. Оценка состояния ВНС необходима для выбора оптимальной тактики дальнейшего лечения, прогнозирования течения заболевания и предупреждения развития фатальных аритмий.

В исследование было включено 209 учащихся в возрасте от 14 до 16 лет. Функциональные нарушения ССС диагностированы у 144 учащихся Донецкого медицинского общеобразовательного лицея-предуниверсария. Основную группу составили 94 ребенка в возрасте от 14 до 16 лет с НРС. Методом случайного отбора дети с функциональными нарушениями ССС были разделены на две однородные группы. Группу воздействия составили 53 ребенка, группу сравнения – 41 ребенок, комплекс лечения

которых был дополнен γ -амино- β -фенилмасляной кислотой гидрохлорид. В контрольную группу вошли 37 здоровых детей.

Третий этап работы включал в себя проспективное 2-летнее наблюдение с контрольными осмотрами через 1, 3 месяца от начала наблюдения с оценкой показателей психоэмоционального и вегетативного статуса, а так же качества жизни.

В основную группу вошли 94 пациента с функциональными изменениями с НРС. Нарушения вегетативной регуляции сердечного ритма статистически значимо чаще регистрировались у девочек (70,9%) в сравнении с мальчиками. Контрольную группу составили 37 здоровых сверстников.

На втором этапе исследования группу воздействия составили 53 пациента с функциональными НРС, которым в комплекс немедикаментозной терапии включен препарат 250 мг 3р/день 21 день. В группу сравнения вошли 41 пациент, которые в связи с отказом от участия в исследовании получали только немедикаментозное лечение.

В работе использованы клинические, лабораторные методы исследования, в том числе, иммуноферментный метод (для оценки состояния стресс-активирующей (уровни кортизола, кортикотропного рилизинг-фактора (КТРФ, КРГ), гистамина, ФНО, ИЛ1 β , ИЛ 6) и стресс-лимитирующей части стресс-системы (уровень β -эндорфина, серотонина, ИЛ4), инструментальные методы исследования (СМАД+ХМ ЭКГ, Эхокардиографию, тредмил-тест, УЗИ внутренних органов, щитовидной железы, ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов).

Оценку психоэмоционального и вегетативного статуса проводили комплексно с помощью цветового теста Люшера и опросника СЕднева. Оценку ситуативной и личностной тревожности проводили с помощью теста Спилбергера-Ханина, экспресс диагностику невроза оценивали с помощью опросника К. Хекка и Х. Хесса. Субъективную и комплексную оценку качества жизни детей с аритмиями проводили по собственной апробированной методике.

Результаты проведенных нами исследований послужили патогенетическим обоснованием для включения γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид в комплекс лечения детей с функциональными нарушениями ССС. Препарат назначали детям в возрасте от 8 до 14 лет – по 250 мг 3 раза в день. Детям старше 14 лет – по 250-500 мг 3 раза в день. Курс лечения – 2-3 недели (21 день). При необходимости курс продлевали до 4-8 недель. Проводимая комплексная терапия оказала положительный эффект на самочувствие пациентов с аритмией, однако степень его была более высокой в группе больных, получивших дополнительно фенибут. Так, уменьшилась частота регистрируемых жалоб на головную боль, головокружение, кардиалгию, раздражительность, обидчивость, нарушение.

К концу указанного периода отсутствие патологических изменений психоэмоционального статуса констатировано у всех детей, получавших в комплексе реабилитационных мероприятий фенибут. Изменения вегетативного статуса статистически значимо реже наблюдались у пациентов группы воздействия в сравнении с группой сравнения.

Улучшение КЖ статистически значимо чаще наблюдалось у всех пациентов группы воздействия, чем в группе сравнения. К концу указанного периода удовлетворительное КЖ констатировано у всех детей основной группы.

*Коломийчук А.Б., Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Голубицкий К.О.,
Веселый В.Я., Гусаренко С.С.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДВУХЭТАПНЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПРИНЦИПУ «DAMAGE CONTROL SURGERY» ПРИ ТЯЖЕЛОЙ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ

Цель работы: Определить тактику хирургического лечения больных с тяжелой минно-взрывной травмой.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ историй болезни 52 пострадавших с тяжелой минно-взрывной травмой за период с 24. 02. 2022г. по 01.11.2022г. Среди пострадавших были 47

мужчин и 5 женщин в возрасте от 19 до 70 лет. Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по тяжести состояния и характеру повреждения внутренних органов, а также времени от момента полученной травмы. Тяжесть полученной травмы оценивали по шкале RTS (Revised Trauma Score).

I группа – 27 больным выполнялось одномоментное оказание хирургической помощи в полном объеме в первые 24 часа после ранения «Early total care» (ETC), которое включало в себя: резекция, ушивание тонкой кишки; нефрэктомия, ушивание почки, правосторонняя, левосторонняя гемиколэктомия, ушивание двенадцатиперстной кишки, резекция поперечной ободочной кишки, операции по типу Гартмана, разгрузочные петлевые сигмостомии с ушиванием ранения отключенной прямой кишки, спленэктомии, ПХО ран.

II группа – 25 больным выполнялось двухэтапные методы оперативного лечения по принципу «Damage control surgery» (DCS), которое включало в себя остановка микробной контаминации и остановка кровотечения, после чего формировали лапаростомию. Всех пациентов переводили в реанимационное отделение, где проводилась интенсивная терапия.

Второй этап операции выполняли после выведении пациента из шока и стабилизации гемодинамики – через 1-2 сутки. На втором этапе оценивали жизнеспособность органов, формировали анастомозы и ушивали послойно брюшную полость.

Результаты: В первой группе летальность составила 10 (37%) больных. Во второй группе – 4(16%). Осложнения в I группе отмечались у 18 пациентов, такие как: не купируемый перитонит – у 12 больных, межкишечные абсцессы – у 4 больных, несостоятельность швов кишечного анастомоза – у 5 больных, флегмоны передней брюшной стенки – у 6 больных, желчеистечение – у 3 больных, нагноение раны – у 12 больных, подкожные эвентрации – у 3 больных. Осложнения во II группе отмечались у 12 пациентов, такие как: не купируемый перитонит – у 2 больных, флегмоны передней брюшной стенки – у 3 больных, желчеистечение – у 3 больных, нагноение раны – у 9 больных, подкожные эвентрации – 1 больного.

Выводы: Одноэтапная хирургическая помощь в полном объеме в первые сутки после ранения у больных в состоянии шока, а так же с крайне тяжелыми повреждениями, приводила к ухудшению состояния за счет тяжелой операционной травмы – так называемому феномену повторного удара. Хирургическая тактика DCS показана больным с крайне тяжелыми повреждениями в критических состояниях. Данная методика является первым этапом многокомпонентного и мультидисциплинарного лечения.

*Коломийчук А.Б., Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Голубицкий К.О.,
Веселый В.Я., Гусаренко С.С.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ КАК ОПЕРАЦИИ ВЫБОРА ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КОЛИЧЕСТВ ЭКСПЛОРАТИВНЫХ ЛАПАРОТОМИЙ ПРИ ПОРЕЖДЕНИИ ЖИВОТА У БОЛЬНЫХ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ

Актуальность: По данным многих авторов сохраняются высокие показатели частоты диагностических ошибок и высокая частота эксплоративных лапаротомий. Диагностика и тактика у больных с повреждением живота при минно-взрывной травме на первый взгляд проста и однозначна: при наличии проникающего ранения с повреждением органов брюшной полости выполняется лапаротомия. В то же время однозначно подтвердить проникающего характера ранения далеко не просто, не всегда удается определить при инструментальных методах исследования и ревизии раневого канала. Перед оперирующей бригадой стоит выбор: выполнять лапаротомию, диагностическую видеолaparоскопию или ограничиться ревизией раневого канала с дальнейшей первичной хирургической обработкой раны.

Цель работы: Провести анализ и определить показание выполнению диагностической видеолaparоскопии у пациентов с повреждением живота при минно-взрывной травме, снизить количество эксплоративных лапаротомий.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ историй болезни 62 пострадавших с повреждением живота при минно-взрывной травмой за период с 24. 02. 2022г. по 01.11.2022г. Среди пострадавших были 54 (87%) мужчин и 8 (13%) женщин в возрасте от 19 до 65 лет. Всем больным на диагностическом этапе выполнялся ряд исследований: обзорная рентгенография органов брюшной полости в двух проекциях, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ревизия раневого канала, ряду больным выполнялась СКТ ОБП ЗП.

Результаты: Диагностическая видеолапароскопия была использована у 42 (67.7%) больных, при этом число конверсий составило 12 (19.3% от общего числа пострадавших). Лечебная лапароскопия была выполнена 8 (13%) пациентам.

Выводы: Видеолапароскопия способствует раннему выявлению патологических изменений и своевременному проведению адекватной операции с учетом характера и локализации повреждения. Использование диагностической видеолапароскопии у больных с повреждением живота при минно-взрывной травме позволило избежать выполнения эксплоративной лапаротомии в 48% случаев.

Колосова О.В., Гонтарь Е.А., Хачатурова К.М., Мороз А.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВОЗДЕЙСТВИЕ СВЕТОВОГО ПОТОКА НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ДЕСНЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ФОТОКОМПОЗИЦИОННЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

В настоящее время в современной стоматологии широко используются фотокомпозиционные пломбировочные материалы. Для их полимеризации необходим световой поток специального устройства – фотополимеризатора. Основной его физической характеристикой является интенсивность потока излучаемого им света.

Цель исследования – определение влияния различных мощностей светового потока фотополимеризатора и длительности его светового воздействия на изменение индекса созревания эпителия слизистой оболочки десны, на основании результатов анализа цитологического исследования мазков-отпечатков в условиях эксперимента.

Материалы и методы исследования.

Эксперимент проводили на лабораторных крысах, разделив их на три группы. Первая группа служила контролем. Во второй и третьей группе слизистую оболочку десны в области резцов изолировали от слюны и облучали световым потоком фотополимеризатором Translux ES (Kulzer) с диаметром пучка световода 7 мм, с длиной волны 400-500нм и мощностью излучения в первой группе 1200 мВт/см², во второй 300 мВт/см² (мощность изменяли с помощью разработанного нами поляризатора, при использовании которого получали поляризованный некогерентный световой поток). Мазки-отпечатки делали после 40 сек., 80 сек., 120 сек., 160 сек и 200 сек. воздействия фотополимеризатора на слизистую оболочку десны, с последующим окраской мазков-отпечатков гематоксилин эозином.

Результаты исследования.

Исследование показало наличие в контрольных мазках отпечатках промежуточных крупных клеток полигональной формы со светлой базофильной цитоплазмой, имеющих крупное везикулярное ядро с выраженными глыбками хроматина. Также определялись поверхностные клетки плоской формы. Преобладание в мазках-отпечатках промежуточных клеток свидетельствует о нормальном уровне созревания эпителия слизистой оболочки десны. При первом (40 сек.), втором (80 сек) и третьем (120 сек) воздействии излучателя при различных мощностях нет достоверных отличий в соотношении промежуточных и поверхностных клеток эпителия слизистой оболочки десны от контрольных её мазков-отпечатков ($p > 0,05$). При более длительном воздействии светового потока с мощностью излучения 300 мВт/см² отмечалось незначительное увеличение количества поверхностных клеток от контроля (на 7%), что соответствует нормальному созреванию эпителия. При воздействии с мощностью фотополимеризатора 1200 мВт/см² в течение 160 сек. и более наблюдалось увеличение количества и появление комплексов из нескольких элементов поверхностных клеток на 26% по сравнению

с контролем, что свидетельствует об усилении процесса десквамации и сопутствует разрыхлению эпителиального пласта клеток слизистой оболочки десны.

Выводы. Таким образом, высокая мощность светового потока фотополимеризатора приводит при длительном воздействии к усиленному слущиванию эпителия, тормозит его регенерацию, т.е. оказывает фотоингибирующее действие на слизистую оболочку десны, что необходимо учитывать при пломбировании современными фотокомпозиционными стоматологическими материалами.

Кольчева О.В., Легостаева М.С.

Республиканский онкологический центр им. профессора Г.В. Бондаря, г. Донецк
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Городской онкологический диспансер г. Донецка

КОРРЕКЦИЯ ФЕБРИЛЬНОЙ НЕЙТРОПЕНИИ НА ФОНЕ ЦИТОТОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: СХЕМА И ПОДХОД

Аннотация. Фебрильная нейтропения (ФН) – неотложное состояние, опасное нежелательное явление противоопухолевой терапии, ведущее к увеличению общей летальности и возрастанию расходов на лечение онкологических больных. При современном лекарственном противоопухолевом лечении развитие ФН прогнозируется у 7,9-11,7% пациентов. Применение препаратов Г-КСФ, уменьшающее продолжительность нейтропении и/или ее глубину, может оказаться полезным методом профилактики или, в отдельных случаях, лечения ФН. Общими правилами являются: Г-КСФ назначается не ранее, чем через 24 часа по окончании химиотерапии, а прекращается не позднее, чем за 48 часов до начала следующего курса; введение Г-КСФ продолжается ежедневно до достижения желаемого уровня нейтрофилов периферической крови (как правило, не выше 10000 кл в мкл).

Цель. Разработать оптимальную схему введения Г-КСФ.

Пациенты и методы. В ретроспективный анализ были включены истории болезни пациентов, получавших цитотоксическую терапию с сентября 2021 года по август 2022 г с развившейся ФН, учитывая наличие сопутствующей патологии (Сахарный диабет), уровень нейтрофилов 250 – 900 кл/мкл, введение глюкокортикостероидов (Дексаметазон 16-24 мг в/м, в/в, Солу-Медрол 250 – 500 мг в/в кап) в течении 5 дней без эффекта.

Результаты. В общей сложности 25 пациентов, разделены на две группы (12:13). Рекомендовано назначение Г-КСФ (Лейкостим) в дозе 60 млн.ед. В 1й группе пациентам было введено 60 млн.ед. п/к (учитывая наличие сопутствующей патологии), во 2-й – введение проводилось по схеме – 30 млн.ед вводились п/к, 30 млн.ед. - в/в струйно, разведенные на 20 мл 5% глюкозы. Целевой уровень нейтрофилов (2500 – 7500 кл/мкл) был достигнут за 4 и 2 дня соответственно.

Выводы. Проведенный анализ клинических результатов показал, что комбинированный способ введения Г-КСФ приводит к лучшим результатам коррекции ФН. В/в введение показало эффективность, уровень нейтрофилов достиг референсных значений в короткие сроки, что позволило проводить специальное лечение, не прибегая к длительной отсрочке.

Комарова Е.Б., Пунова И.А., Кучеренко С.Л., Санина Е.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск
ГУ ЛНР «Луганская республиканская клиническая больница», г. Луганск

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕХАНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Наиболее частыми и серьезными последствиями ожогов является развитие гипертрофических рубцов, контрактур, дефектов тканей и трофических язв. Отсутствие регламентации мер по реабилита-

ции пациентов замедляет возвращение пострадавшего к первичному для него социально-трудовому статусу, снижает качество жизни, увеличивает показатели инвалидизации.

Цель исследования: изучение эффективности применения механотерапии в лечении больных с глубокими ожогами на стационарном этапе реабилитации.

Материалы и Методы: исследовано две группы по 30 пациентов ожогового отделения ГУ «ЛРКБ» ЛНР, сходных по возрасту и полу, локализации, глубине и площади ожогов (III-IV степени с вовлечением в патологический процесс функционально важных зон, области крупных суставов). Обе группы пациентов получали одинаковую базовую терапию: анальгетики, антибактериальную терапию, ранние оперативные пособия. В исследуемой группе в раннем периоде было применено механотерапии аппаратом «МОТОМЕД». К моменту первого приживления пересаженной кожи для профилактики образования контрактур использовалась специальная механическая насадка на руку (при ожогах кисти и пальцев рук), а также прикроватный комплекс для нижних конечностей, оказывающий воздействие на область суставов стопа-колени-таз. Сочетание постоянной иммобилизации (до приживления лоскута) и съемной (после приживления его), и включение активных физических упражнений обеспечивали у больных сохранение функции движения к моменту окончания заживления ран.

Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием «Statistica-10», Stat-Soft. Средние величины представлены как $M \pm sd$, оценивали критерий Хи-квадрат (χ^2), статистически достоверным считались результаты при уровне значимости $p < 0,05$. Эффективность лечения в обеих группах оценивалась по сумме баллов улучшения исследуемых показателей. Улучшение до 24% – незначительная, 25-49% – умеренная, более 50% – выраженная.

Результаты: у больных в группе с применением механотерапии было статистически достоверное снижение боли в раннем послеоперационном периоде ($p=0,039$), двигательных нарушений ($p=0,023$), проведенных в стационаре количество койко-дней ($p=0,029$), что способствовало ранней отмене анальгетиков, увеличению объема движений в поврежденных суставах, ранней двигательной активности пациента и перевода его из постельного на палатный, а затем и общий режим. Выраженная эффективность лечения в исследуемой группе была достоверно выше чем в контрольной группе ($p=0,003$).

Выводы. Применение механотерапии для лечения и ранней реабилитации у больных с глубокими ожогами на стационарном этапе реабилитации показало выраженную эффективность – улучшение более чем на 50%.

Конкина В.И., Остренко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ТЕХНОГЕННОГО РЕГИОНА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Цель работы: оценить особенности распространенности эндокринной патологии среди подростков г. Донецка в условиях последствий стресс-индуцированных состояний.

Материалы и методы. В качестве показателей загрязнения использовались 12 тяжелых металлов (ТМ) и металлоидов. В качестве объекта окружающей среды была выбрана почва. Для расчета интенсивных показателей использовались официальные учетно-статистические документы, показатели среднегодовой численности подросткового населения, которое обслуживалось учреждениями здравоохранения Донецкой Народной Республики. Проведен анализ заболеваемости эндокринной патологией среди подростков по самым «грязному» (Б.) и «чистому» (В.) районам г. Донецка, не пострадавшим от боевых действий, в сравнении со среднеродскими показателями и загрязненными районами К. и П., находившимися в зоне военного конфликта. Исследование проведено за 4 временных периода: довоенный (2012-2013 гг.), военный переходный (2014-2016 гг.), военный стабильный (2017-2019 гг.) и пандемии COVID-19 (2020-2021 гг.). Рассчитаны коэффициенты корреляции между

уровнями эндокринной патологии среди подростков и максимальной кратностью превышения ПДК (или фоновых показателей) концентрации ТМ в почве каждого района.

Результаты и обсуждение.

На протяжении первых 3-х периодов наблюдалась тенденция к росту уровней распространенности от I к III периоду (достоверно по городу в III периоде), с незначительным снижением в IV периоде по всем районам за исключением района К.

Наименьшие показатели во все исследуемые периоды определялись в районе П.

При анализе гендерных особенностей выявлено, что во II – IV периодах уровни распространенности патологии у девушек г. Донецка достоверно превышали таковые у юношей ($p < 0,01$). Установлено, что уровни распространенности патологии у девушек являются определяющими во все периоды, во всех районах, кроме р-на К. во II периоде и р-на В. – в III периоде.

С началом активных боевых действий уровни распространенности эндокринной патологии среди подростков районов В. и К. превысили как среднегородские показатели, так и показатели довоенного периода более чем в 2 раза, что свидетельствует об определяющем влиянии военного дистресса.

В военный стабильный период среднегородские показатели были достоверно выше, чем в I и II периодах ($p < 0,01$, $p < 0,05$). В III периоде также отмечен рост распространенности патологии по г. Донецку на фоне снижения уровней в исследуемых районах. В этот же период отмечается резкое снижение (более чем в 5 раз) в сравнении со II периодом в районе К.

Необходимо отметить, что во II – IV периодах показатели как «чистого», так и самого «грязного» районов достоверно превышают ($p < 0,01$, $p < 0,05$) показателя района П.

Выявлена достоверная корреляция между показателями распространенности эндокринной заболеваемости среди подростков в целом в III периоде и содержащим марганца в почве ($R = 0,677$, $p < 0,05$).

Полученные данные по анализу особенностей и закономерности распространенности эндокринной патологии среди подростков индустриального региона в современных условиях позволяют говорить о неблагоприятном влиянии как экологических факторов риска, так и последствий стресс-индуцированных состояний, усугубляющих действие ТМ.

Коноваленко А.В., Коноваленко Ю.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ТИПЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Цель работы: изучить типы воспалительной реакции у больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы в связи с конкретными формами гнойно-некротических поражений.

Материалы и методы. В работе использованы данные ретроспективного анализа историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении Центральной Городской Клинической больницы № 6 г. Донецка за период с 2009 по 2020 гг. с гнойно-некротическими поражениями на фоне синдрома диабетической. Исследованию подверглись 200 пациентов различного возраста, пола и степени тяжести основного заболевания. Всем пациентам на различных этапах лечения, в том числе, многократно выполнялось определение и расчет лейкоцитарных индексов. Рассчитывали основные лейкоцитарные индексы реактивности: лейкоцитарный индекс интоксикации, лимфоцитарный индекс, индекс ядерного сдвига и индекс иммунореактивности. После расчета индексов выделяли гипер-, гиперергический и промежуточный тип воспалительной реакции. Проводился сравнительный анализ типа выявленной воспалительной реакции и связи с конкретным видом гнойно-некротического поражения на фоне синдрома диабетической стопы. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета R.

Результаты и обсуждение. Оценка типов воспалительной реакции показала значительную вариабельность иммунореактивности у больных с синдромом диабетической стопы в целом. Каждый тип

ответа встречался примерно с равной частотой по выборке в целом. Однако, при анализе типа воспалительной реакции в связи с конкретными видами гнойно-некротических поражений, было выявлено: классический гиперергический ответ в основном (95%) встречался в группе больных с первичными острыми гнойно-некротическими процессами (флегмоны, пандактилиты). У примерно 90% больных с гиперергическим типом реакции гнойно-некротические поражения были представлены осложненными трофическими язвами и остеомиелитом. Промежуточный тип воспалительной реакции отмечен у больных с гангренами и некрозами, чаще всего на фоне множественных сопутствующих заболеваний, длительного анамнеза синдрома диабетической стопы, у больных пожилого и старческого возраста.

Выводы: определение и расчет лейкоцитарных индексов могут быть использованы в комплексной диагностической программе у больных с гнойно-некротическими поражениями на фоне синдрома диабетической стопы. В общей когорте больных с гнойно-некротическими поражениями на фоне синдрома диабетической стопы все три типа воспалительной реакции встречаются примерно с равной частотой. В большинстве случаев сопоставление первичной клинической оценки тяжести состояния совпадает с результатами оценки лейкоцитарного индекса интоксикации и индекса ядерного сдвига. Однако, у больных с длительным анамнезом синдрома диабетической стопы существует высокая вероятность развития гиперергического и промежуточного типа воспалительной реакции, что необходимо учитывать при выборе лабораторных маркеров при построении диагностической и лечебной программ. Комплексная диагностическая программа, основанная на использовании достоверных лабораторных маркеров, является основой безопасного органосохраняющего лечения гнойно-некротических поражений у больных с синдромом диабетической стопы.

Конюшко Н.Н., Тонких Н.А.

ДМЦ Управления делами Президента РФ, г. Москва
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ АРИТМОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Актуальность. Взаимосвязь дисплазии соединительной ткани (ДСТ) с различными нарушениями ритма сердца у детей подтверждена многими исследователями. Несмотря на существующее мнение о благоприятном течении экстрасистолии в детском возрасте, в последние годы появились работы, свидетельствующие о возможности развития осложнений, среди которых дилатация полостей сердца, пароксизмальная тахикардия, сердечная недостаточность, синкопальные состояния, внезапная сердечная смерть.

Цель. Поиск наиболее значимых факторов, влияющих на развитие осложнений идиопатической экстрасистолии (ИЭС) у детей с оценкой вклада дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 196 пациентов обоего пола в возрасте от 2 недель до 18 лет с ИЭС. Катамнез наблюдения составил 10 лет. Критерии включения: исключение структурной патологии миокарда, первичных электрических, обменных заболеваний, сохранение аритмии после лечения сопутствующей патологии.

Результаты. ИЭС наблюдалась у детей всех возрастных групп с наибольшим удельным весом в 11-14 лет, у мальчиков достоверно чаще, чем у девочек. У 44,2% чел. топика аритмии была желудочковой, у 55,8% – желудочковой. Анализ количественной характеристики экстрасистолических комплексов (ЭС) выявил диапазон от одной до 50 тысяч за сутки. У 59,2% (116 чел.) отмечен благоприятный прогноз, который сопровождался уменьшением количества ЭС или их исчезновением, снижением гемодинамической значимости, увеличением толерантности к физической нагрузке; 25% (49 чел.) имели осложнения в виде дилатации полостей сердца, миокардиальной дисфункции, пароксизмальной тахикардии, что явилось основанием констатации неблагоприятного варианта течения; у 15,8% (31 чел.) обследованных аритмогенные осложнения отсутствовали, однако и положительной

динамики в самочувствии, клинических, инструментальных и лабораторных показателях не отмечено, что послужило основанием считать прогноз заболевания неопределенным. У 17,86% (35 чел.) пациентов с осложнениями количество ЭС не превышало 5 тысяч в сутки, что свидетельствует об относительной значимости количественной характеристики ЭС в прогнозе ее течения. Наличие различных фенотипических и висцеральных проявлений ДСТ отмечено у 84,2% (165 чел.) больных. Достоверно чаще регистрировались гипермобильность суставов (56,5%), долихостеномелия (50,3%), арахнодактилия (44,7%), грыжи, диастаз прямых мышц живота (37,8), деформация грудной клетки (31,1%), плоскостопие (32,4%), что было статистически достоверно в сравнении со здоровыми сверстниками ($p < 0,01$). Среди висцеральных проявлений наиболее часто встречалась миопия (26,1%) и ангиодисплазия (13,3%). У больных с неблагоприятным вариантом течения документировано наличие множественных аберрантно расположенных хорд (АРХ), трабекул и отсутствие их у детей с благоприятным течением аритмии. У каждого из обследованных было изучено влияние 135 различных показателей на исход аритмии, в результате чего была построена модель прогнозирования течения ИЭС. У пациентов с неблагоприятным течением ИЭС фенотипические и висцеральные признаки ДСТ выявлены статистически чаще в сравнении с благоприятным и неопределенным прогнозом.

Выводы. Множественные АРХ, трабекулы в левом желудочке, как возможная морфологическая основа аритмии, высокая степень ДСТ являются значимыми факторами в развитии аритмогенных осложнений у детей с идиопатической экстрасистолией.

Конюх Е.А., Машково А.Е., Кизелевич А.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», г. Гродно, Республика Беларусь

ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ: ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Ведущее место среди заболеваний мочевой системы у детей занимают микробно-воспалительные заболевания верхних и нижних мочевых путей. Большое количество как эндогенных, так и экзогенных факторов предрасполагают к развитию и, зачастую, к рецидивированию инфекции. Цель исследования: выделить эндогенные факторы, влияющие на изменения пассажа мочи и предрасполагающие к развитию микробно-воспалительных заболеваний мочевых путей у детей. Материалы и методы. Изучен анамнез заболевания у 86 детей различного возраста, госпитализированных в 2021 году в соматическое отделение УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с инфекцией мочевых путей (ИМП). Результаты. В группу из 86 детей с инфекцией мочевых путей вошли 32 (37,2%) ребенка с инфекцией верхних мочевых путей (ИВМП), 54 человека (62,8%) – с инфекцией нижних мочевых путей (ИНМП). Из исследования исключены пациенты с врожденными аномалиями и пороками развития мочевых путей. При анализе возрастных данных отмечается тенденция к увеличению количества ИМП с возрастом (до 12 лет) и последующим снижением их числа с 13 лет. Так, у детей до 1 года 4 случая ИВМП, 9- ИНМП; 1-3 года 7 – ИВМП, 11 – ИНМП; 4-6 лет 9 – ИВМП, 14 – ИНМП; 7-12 лет 8- ИВМП, 13 – ИНМП; 13-18 лет 4 – ИВМП, 7 – ИНМП. По половому признаку разделение было следующим: девочки составили 84,6% (73 ребенка), мальчики – 15,4% (13 человек). Следует отметить, что возраст мальчиков на момент анализа данных составлял от 1 месяца до 3 лет, девочек – от 1 месяца до 17 лет. При изучении анамнеза заболевания и беседе с родителями установлено, что 74,3% родителей используют подгузники у детей до 3 лет, при этом в возрастной группе до 1 года лишь у 3-х (23%) не используют их круглосуточно, у детей 1-3 лет 39% (у 7 детей) используют подгузники и в дневное время. В возрастной группе до 1 года регулярное высаживание на горшок с 6-месячного возраста применяют лишь у 2-х детей (15%) для формирования рефлекса регуляции мочеиспускания, остальные мамы искренне удивляются необходимости такого навыка и, главное, обучению ребенка ему. У детей 1-3 лет приучены к горшку лишь 33% обследуемых. У пациентов 4-6 лет и 7-12 лет (в 47,8% и 28,6% случаев, соответственно) установлено снижение количества мочеиспусканий до 3-4 раз в сутки с последующим снижением суточного объема мочи, что связано со

стрессовой ситуацией при посещении детского сада или начальной школы, с нежеланием посещать школьный туалет, с особенностями характера ребенка. К сожалению, эти ситуации часто приводят к регулярной задержке мочеиспускания, провоцируют формирование функциональных нарушений мочеиспускания и присоединение бактериальной инфекции. Таким образом, длительное использование подгузников, позднее высаживание ребенка на горшок, стрессовые ситуации, связанные с посещением детских учреждений образования, являются факторами, предрасполагающими к нарушению мочеиспускания и присоединению инфекции. Детям, особенно при наличии эпизода ИМС, необходимо особое внимание уделять навыкам формирования регулярного и правильного мочеиспускания, особенностям ухода и гигиеническим навыкам, начиная с рождения и уделяя должное внимание ребенку дошкольного и младшего школьного возраста.

Коржук М.С., Агаханова М.Д., Балюра О.В., Гребеньков В.Г., Дымников Д.А., Иванов В.М., Гаврилова А.Л.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С ИНКАПСУЛИРОВАННЫМИ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ

Введение. По данным литературы в условиях реальных боевых действий минно-взрывная травма составляет 30,1% от общего числа повреждений. Удаление осколков из тканей нижних конечностей не всегда представляется возможным или целесообразным из-за небольших размеров осколков и сложной архитектоники сосудистых и нервных структур как во время лечения фаз раневого процесса, так и на стадии инкапсулированных инородных тел. Современным периоперационным средством визуализации служит технология дополненной реальности (Augmented reality (AR)), которая является синтезом цифровой информации с объектами реального мира при помощи специальных технических устройств.

Цель исследования – изучение возможности использования технологии дополненной реальности в хирургическом лечении пациентов с инкапсулированными инородными телами нижних конечностей.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе клиники военно-морской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в ключе работы межвузовского творческого коллектива Военно-медицинской академии и технического университета им. Петра Великого (МТК) над темой «Дополненная реальность в хирургии». Был разработан поэтапный алгоритм применения технологии AR в хирургическом лечении пациентов с инкапсулированными инородными телами (ИИТ) нижних конечностей. Клиническую часть исследования составило два клинических наблюдения ИИТ у пациента, находившегося на стационарном лечении в клинике кафедры военно-морской хирургии в период с октября по ноябрь 2022 года. ИИТ располагались в правом и левом бёдрах. В качестве решающего метода диагностики была использована КТ-ангиография нижних конечностей с фиксированными рентгенконтрастными метками. Медико-техническую часть исследования составили аппаратно-программный комплекс дополненной реальности, включающий персональный компьютер и очки дополненной реальности «Microsoft HoloLens II», комплект программного обеспечения, а также разработанные участниками МТК неинвазивная и инвазивная системы фиксации. Системы фиксации объединяли свойства рентгеноконтрастной метки и крепления оптического маркера для интеграции цифровой модели и изображения реального объекта во время операции.

Результаты. В процессе лечения разработанный алгоритм был реализован в полном объеме. В результате подготовительной деятельности участников творческого коллектива были созданы 3D-модели, имитирующая костные структуры конечности, мышцы, сосуды, нервные стволы и ИИТ обеих бедер. Во время операции 3D-модели поочередно проецировались на монитор очков дополненной реальности, с помощью маркеров позиционируя каждую из моделей к своему операционному полю. Доступ к каждому ИИТ осуществлен согласно созданной 3D-модели и проекции ИИТ на операци-

онное поле с минимальной травматичностью, причем точность сопоставления 3D-модели и реального положения ИИТ оказалась в обоих случаях приемлемой. Оба ИИТ были удалены. Длительность вмешательства на правом бедре составила 90 мин., на левом – 30 мин. Послеоперационный период протекал гладко.

Выводы. Таким образом, удаление ИИТ конечностей может быть малотравматично выполнено с применением технологии дополненной реальности. Детальная визуализация, полученная в результате применения AR, позволяет на дооперационном этапе определить объем предстоящей операции, точное положение и топографию инородного тела. Становится возможным цифровое моделирование разных вариантов выполнения вмешательства. Во время операции за счет AR облегчается навигация и ориентирование в анатомических структурах. Однако, существует ряд нерешенных вопросов, требующих дальнейших исследований.

Коричкина Л.Н., Поселюгина О.Б., Бородина В.Н., Зенина О.Ю., Борисова А.Н., Трусова А.В.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тверь

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭРИТРОЦИТОВ И ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ III СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Цель исследования – оценить влияние факторов риска (ФР) на показатели эритроцитов (Э) и гемоглобина (Hb) с у больных артериальной гипертензией (АГ) III стадии по половому признаку.

Методы исследования. Обследовано 98 (мужчин – 45, женщин – 53, средний возраст 64,45 года) больных с верифицированным диагнозом АГ III стадии в ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница» на фоне показанной терапии. Пациенты были разделены по полу на 2 группы: 1-ю группу составили мужчины (45, средний возраст 65,58±9,12), 2-ю группу – женщины (53, средний возраст 65,19±10,02). У них изучали показатели клинического анализа крови: количество Э (х10¹²/л), Hb (г/л) и ФР: ожирение, табакокурение, индекс массы тела (ИМТ, кг/ м²), уровень глюкозы крови (ммоль/л). Статистическую обработку проводили с использованием пакета программы «Microsoft Excel», «Biostat-2007», для сравнения показателей клинического анализа крови по полу применялся χ^2 и U-критерий Манна – Уитни. Данные представлены в абс., процентном (%) соотношении и M±SD.

Результаты. У 14 (14,3% от общего числа) больных АГ III стадии выявлена анемия. Количество Э у мужчин (4,6 ± 0,63) и женщин (4,39 ± 0,5, p=0,069), не различались. При этом, концентрация Hb у женщин (134,56 ± 15,78) статистически значимо была ниже, чем у мужчин (141,43 ± 16,75, p=0,039). У мужчин (7, 15,56% от их общего числа) преобладал гипохромный тип (5, 71,43%), реже гиперхромный (1, 14,29%) и нормохромный (1, 14,29%), у женщин (7, 13,21% от их общего числа больных) наблюдалась только гипохромная анемия.

Установлено, что мужчины с анемией статистически значимо реже имели ожирение и избыточную массу тела ($\chi^2 = 16,849$, p<0,001) и достоверно чаще были курильщиками ($\chi^2 = 6,428$; p = 0,012), чем остальные мужчины. У женщин, страдающих анемией, по сравнению с мужчинами с анемией был статистически значимо выше ИМТ ($\chi^2 = 10,500$; p = 0,002) и чаще отмечался уровень глюкозы крови выше 5,5 ммоль/л ($\chi^2 = 4,667$; p = 0,031). Также было установлено, что у мужчин с анемией по сравнению с женщинами с анемией был статистически значимо ниже ИМТ (U = 3; p = 0,004) и чаще встречалось пристрастие к табакокурению ($\chi^2 = 8,040$; p = 0,037). У женщин был статистически значимо выше уровень глюкозы крови (U = 2; p = 0,007).

Выводы. 1. Установлено, что анемия при АГ III стадии выявляется одинаково часто как у мужчин, так женщин, при этом у женщин отмечается только гипохромная. 2. У женщин с анемией по отношению к мужчинам с анемией был выше ИМТ и уровень глюкозы крови, мужчины чаще имели пристрастие к табакокурению.

Коричкина Л.Н., Поселюгина О.Б., Зенина О.Ю.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тверь

ФОРМИРОВАНИЕ У ОБУЧАЮЩИХСЯ СТЕРЕОТИПНОГО НЕВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПРОФЕССИИ ВРАЧА

В процессе обучения в медвузе каждый учащийся учится работать в команде, анализировать мнение товарищей, учебный материал и выделять главные (узловые) моменты темы занятия. Методические рекомендации, подготовленные преподавателем по любой клинической дисциплине, должны быть представлены в интерактивной (конкретной) форме. Понятие интеракции (inter – между, actio – действие, взаимодействие) определяется, как взаимное влияние людей или групп друг на друга. Различают вербальную интеракцию, которая осуществляется посредством речи и невербальную – без применения речи. Невербальная интеракция – это единица невербального общения. Она осуществляется с помощью многих систем: кинесика, просодика, паралингвистика, окулесика, проксемика, ольфакция и гастика. При этом информация, полученная вербальным путем составляет 7%, невербальным – 93% (жесты, мимика, позы, голос и т.д.). За время 10-минутного использования вербальной информации смысловая нагрузка составляет 35%, невербальной – 65%.

Цель работы – анализ невербальной интеракции, применяемых для формирования у учащихся стереотипного невербального поведения в профессии врача.

Материалы и методы. Представлены невербальные интеракции, применяемые врачом-преподавателем в процессе работы с больными и обучения учащихся в медвузе. Объект исследования: средства невербальной коммуникации. Применены эмпирические методы: наблюдение, описание.

Результаты. Врач-преподаватель показывает учащимся процесс работы с больным, как проводить опрос жалоб, собирать анамнез, проводить объективное обследование, а самое главное, как при этом использовать элементы невербальной интеракции: жесты, мимику, звучание голоса и др. Учащиеся копируют интеракции врача-преподавателя в момент беседы с пациентом его поведенческую коммуникацию, именно, мимику, взгляд, ободряющие жесты, а также не поведенческую, например, тип одежды, косметические поправки и т.д.

При объективном осмотре врач применяет еще один составляющий компонент невербальной интеракции – гаптику, систему тактильной коммуникации, при которой используются касания (пальпация, перкуссия т.д.). Гаптика, применяемая врачом, относится к профессиональной, носит безличный характер и все невербальные элементы, используемые преподавателем, являются примером для подражания учащимися. Невербальные средства общения с больными очень широко применяются во врачебной деятельности. При этом невербальные интеракции тесно связаны с этикой и деонтологией и имеют междисциплинарный характер. Установлено, что все невербальные интеракции в общении должны быть зеркально согласованными. Понимание смысла элементов невербального общения и поведения позволяют их связать в одну систему, активно участвующую в передаче различной информации в обучении и работе с пациентами.

Вывод. 1. Использование невербальных интеракций в процессе обучения прививают каждому учащемуся в целом правила культуры невербального общения с пациентами и в коллективе и формируют стереотипное профессиональное поведение врача.

Коровка С.Я., Ващенко А.В., Коровка С.С., Белькова В.А., Багиров Р.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Введение. На территории Донецкой Народной Республики в период с 2014 года по настоящее время происходит военный конфликт, в ходе которого пострадало значительное количество человек. В связи с тяжёлым состоянием при поступлении в нейрохирургическую клинику, частой инвали-

дизацией и летальностью таких больных – особенности оказания экстренной специализированной нейрохирургической помощи являются актуальным вопросом в медицине.

Цель. Проанализировать истории болезни пациентов с тяжёлой нейротравмой, полученной в результате боевых действий на Донбассе.

Материалы и методы. Истории болезни пациентов, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении № 1 Донецкого клинического территориального медицинского объединения Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

Результаты. Проанализирована 41 история болезни за период 2014-2018 гг. со слепыми проникающими черепно-мозговыми ранениями вследствие минно-взрывных или огнестрельных травм. Все пациенты с указанной тяжёлой нейротравмой были мужского пола, чаще всего молодого возраста (от 18 до 44 лет) – 36 человек (87%), среднего возраста (45-59 лет) было 3 (8%) и пожилого возраста (60-74 года) – 2 пациента (5%). 30 пострадавших (73%) были доставлены в нейрохирургический санпропускник в течении 6 часов с момента травмы, в период с 7 до 24 ч. – 9 больных (22%) и более чем через 24 часа – 2 пациента (5%). Оперативное лечение было проведено 37 пациентам (90%), а именно: иссечение поврежденных костных отломков – 26 наблюдений (63%) и первичная хирургическая обработка раны входного отверстия – 11 (27%). Консервативное лечение проведено 4 пациентам (10%). Средняя продолжительность лечения в условиях нейрохирургического стационара – 15,3 койко-дней. Летальность среди данных пациентов составила 12% (5 больных).

Выводы. Чаще всего пострадавшими от боевых действий были люди молодого возраста (от 18 до 44 лет). Своевременное оказание ургентной нейрохирургической помощи играет важную роль в дальнейшем лечении данных пациентов. Большинству пациентов (90%) проведено оперативное лечение. Чаще всего травмированные, получавшие лечение в условиях нейрохирургического отделения, были выписаны – 36 человек (88%).

Коровка С.Я., Коваленко Л.В., Коровка С.С., Потапов В.В., Дмитриев Л.С., Захарчук А.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОГО НАТЯЖЕНИЯ И ДИЛАТАЦИОННОЙ ВЯЗКОУПРУГОСТИ ЛИКВОРА У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Актуальность темы.

Исследование ликвора имеет большое значение в тактики ведения нейрохирургических больных. Общеклиническое исследование ликвора применяется повсеместно, однако исследование тензио- и реометрических свойств ликвора и применение этого метода исследования в практике применяется достаточно редко. В данной работе сделана попытка использования показателей тензио- и реометрии ликвора с целью улучшения качества диагностики и коррекции терапии у нейрохирургических пациентов пострадавших вследствие минно-взрывной травмы (МВТ). По данным анализа тензио- и реометрических свойств ликвора можно судить о проницаемости гематоэнцефалического барьера для групп препаратов, применяющихся для лечения черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Известно, что биологически-активные соединения (в том числе нейротропные лекарственные препараты) способны адсорбироваться на жидких границах раздела фаз, понижая поверхностное и межфазное натяжение, тем самым ускоряя или замедляя процессы переноса вещества и энергии через биологические мембраны. Более того, многие процессы переноса с участием биологически-активных веществ (многие из которых обладают поверхностно-активными свойствами), как например связывание кислорода и выделение углекислого газа, включают стадии адсорбции и десорбции на межфазной поверхности. При ЧМТ происходит изменения биохимического гомеостаза ликвора и проницаемости гематоликворного барьера, что вероятно, может дать дополнительную информацию, которая будет полезна в клинической практике для диагностики и контроля лечения больных с ЧМТ вследствие МВТ.

Материал и методы.

В ходе исследования выполнен забор проб ликвора у 29 больных с ЧМТ вследствие МВТ, проведен анализ тензио- и реометрических свойств ликвора, по результатам которого проведена коррекция

лечения больных. Данный метод позволяет исследовать как патологически измененный, так и нормальный ликвор. Опираясь на данные тензио- и реометрии ликвора проведена коррекция клинического ведения больных с МВТ различной тяжести. Выделено две группы больных: 1 группа – пациенты, требующие оперативного вмешательства; 2 группа – пациенты, лечение которых производилось консервативным путем.

В обеих группах забор проб ликвора, при отсутствии абсолютных противопоказаний, проводился в первые 3-е суток с момента поступления в клинику. Также обеим группам пациентов назначалась стандартная консервативная медикаментозная терапия. Проводилась контрольная люмбальная пункция с последующим общеклиническим и тензио-реометрическим исследованием ликвора, по результатам которых оценивалось качество назначенной терапии, а также рассматривалась её возможная коррекция.

Результаты исследования и их обсуждение.

В обеих контрольных группах, опираясь на анализ тензио- и реометрических свойств ликвора, проводилась коррекция назначенного лечения, что в свою очередь приводило к улучшению общего состояния больного. Также при коррекции лечения среднее количество койко-дней уменьшалось в среднем на $10\% \pm 1\%$.

Выводы

1. Исследование тензио- и реометрических свойств ликвора с нашей точки зрения является перспективным.

2. Показатели тензио- и реометрических свойств ликвора позволяют корректировать тактику ведения нейрохирургических больных с ЧМТ.

Коровка С.Я., Коваленко Л.В., Коровка С.С., Потапов В.В., Захарчук А.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ И ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИКВОРА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА

Введение.

Исследование ликвора имеет ключевое значение при постановке и верификации диагноза для нейрохирургических больных. В современных реалиях люмбальная пункция (ЛП) и общеклинический анализ ликвора чаще всего играют второстепенную роль наряду с современными методами нейровизуализации – компьютерная и магнитно-резонансная томографии (МРТ, КТ). Однако, по техническим причинам, не всегда данные методы могут дать полную картину проблемы. Либо же они не всегда доступны.

Материал и методы.

В ходе исследования выполнен забор ликвора у 48 пациентов с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) при наличии стойкой неврологической симптоматики и отсутствия травматических и очаговых изменений по данным нейровизуализации (описанная картина соответствует относительной норме). Учитывая стойкую неврологическую симптоматику, больным выполнялась ЛП, был получен мутный, розового цвета ликвор. В общеклиническом исследовании отмечались следующие результаты: реакция Панди – $1 \pm 0,07 (+)$; белок – $0,3 \pm 0,02$ г/л; лимфоциты – $88 \pm 5,3\%$; нейтрофилы – $12 \pm 1,6\%$; эритроциты измененные – не обнаружены, измененные – $2 \pm 0,14$ в п/зрения; цитоз – $5 \pm 0,4$ кл/мкл. Благодаря чему, вместо сотрясения головного мозга был выставлен верный диагноз – ушиб головного мозга, что в свою очередь привело к коррекции терапии и тактики ведения больного, как следствие, клиническая картина у пациентов отмечалась положительной динамикой с регрессом неврологической симптоматики.

Результаты исследования и их обсуждение.

Даже при наличии современных методов нейровизуализации люмбальная пункция, как метод исследования позволяет верифицировать диагноз, даже не дожидаясь результатов исследования (по

макроскопической картине ликвора). Так же, в ситуациях недоступности КТ или МРТ, люмбальная пункция, наряду с оценкой неврологического статуса, является ведущим методом исследования в постановке диагноза у нейрохирургических больных.

Выводы

1. Люмбальная пункция и общеклиническое исследование ликвора позволяет в полной мере оценить патологические изменения и верифицировать диагноз.

2. Абсолютное преимущество метода это простота выполнения манипуляции, ценовая доступность.

Королев М.В., Пономарева Ю.В., Супильников А.А.

ООО «АРТБИО» 443030, г. Самара

ЧУОО ВО Медицинский университет «Реавиз», г. Самара

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ АНТИАДГЕЗИВНЫХ СВОЙСТВ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ

Ключевые слова: экспериментальная модель спаечная болезнь брюшной полости, ремезотелизация, мезотелий, ацеллюлярный дермальный матрикс

Имплантирование синтетических эндопротезов интраперитонеально и преперитонеально для лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами (способы IPOM) сопряжена с рисками таких осложнений, как спаечная болезнь, свищи, инкапсуляция материала. Наиболее сложной с практической точки зрения является хроническая спаечная болезнь брюшной полости и связанная с ней кишечная непроходимость. Для снижения числа этих осложнений у пациентов с вентральными грыжами применяют композитные протезирующие материалы, или антиадгезивные покрытия, или их комбинации. Эффект последних является краткосрочным, в связи с чем, создание новых материалов имеет большое практическое значение.

Также, востребованными становятся унифицированные модели доклинической оценки антиадгезивного потенциала таких материалов. Для современных материалов наличие только антиадгезивных свойств, даже пролонгированных, является недостаточным. Необходимо достичь восстановления брюшины, поэтому патогенетическую значимость в профилактике спаечной болезни приобретает процесс ремезотелизации – восстановление слоя мезотелиоцитов. Имеющиеся в арсенале способы доклинической оценки регенерации брюшины не стандартизированы и недостаточно информативны.

Цель – разработать экспериментальную модель оценки антиадгезивных и ремезотелизирующих свойств материалов для герниопластики, имплантируемых способом IPOM.

Материалы и методы. В качестве имплантируемого материала выбран ацеллюлярный дермальный матрикс (АДМ), полученный в ходе липодермэктомии у пациентов с вентральными грыжами по разработанной и запатентованной ранее технологии. Образцы АДМ размерами 0,5x0,5 см имплантировали экспериментальной группе крыс стока Wistar обоего пола (n=21). Для этого, животным выполняли верхне-срединную лапаротомию, после чего на передней стенке желудка на площади не менее 25 мм² выделяли и иссекали серозную оболочку. В дефект имплантировали образец АДМ, который выполнял также функцию гемостатика капиллярного кровотечения. По периметру имплантированный материал фиксировали серозно-мышечными швами нитями пролен 7/0.

Крысам группы положительного контроля (n=21) аналогичным образом имплантировали коммерческий композитный эндопротез на основе полипропилена, полидиоксанона и окисленной регенерированной целлюлозы. В группе отрицательного контроля (n=18) десерозированную поверхность оставляли открытой. На 28, 45 и 90 сутки оценивали выраженность и распространенность спаечного процесса в баллах (Whang S.H et al, 2011). Регенерация мезотелиального слоя изучена ИГХ-методом на гистологических препаратах по экспрессии HBME-1.

Статистическую обработку полученных результатов осуществляли при помощи критерия Манна-Уитни (U-критерий). Достоверными считали результаты в попарно сравниваемых группах, при $p < 0,05$.

Полученные результаты. К 28 суткам АДМ плотно сращен с передней стенкой желудка. Макроскопически признаков адгезивного процесса в брюшной полости не выявлено (0;0 баллов). Гистологически структура коллагеновых волокон АДМ сохранена с признаками интеграции материала – межфибрилярные пространства неравномерно заполнены рыхлой неоформленной соединительной тканью; на периферии многочисленные тонкостенные капилляры с эритроцитами в просвете на фоне незначительной диффузной инфильтрации клетками хронического воспаления. Клеток, экспрессирующих НВМЕ – 1 на поверхности АДМ, обращенного интраперитонеально не обнаружено. К 45 и 90 суткам АДМ плотно сращен с подлежащими тканями. Признаков адгезивного процесса в брюшной полости не выявлено. Межфибрилярное пространство АДМ равномерно заполнено соединительной тканью. Преобладающая популяция клеток – фибробласты. Между мышечным слоем передней стенки желудка и поверхностью АДМ – прослойка гипervasкуляризованной соединительной ткани. На поверхности АДМ, обращенной интраперитонеально только на 90 сутки было идентифицировано формирование слоя мезотелиальных клеток, определяемых по выраженной цитоплазматической и мембранной экспрессии НВМЕ – 1.

В группе положительного контроля к 28 суткам имплантаты плотно сращены с передней стенкой желудка. Макроскопически признаки адгезивного процесса у 2 крыс от 1 до 2 баллов на площади от 1 -до 2 баллов. Гистологически признаки интеграции композитного протеза на фоне умеренно выраженной хронической воспалительной реакции. Клеток, экспрессирующих НВМЕ – 1 на поверхности, покрытой окисленной восстановленной целлюлозой не выявлено. К 45 суткам у 5 крыс выявлены спайки от 1 до 2 баллов на площади от 1 до 2 баллов. В окружающих имплантат тканях сохраняются признаки хронической воспалительной реакции с формированием многочисленных гранул инородных тел и развитием фиброзной ткани на периферии. К 90 суткам, также, у 5 из 7 животных выявлены спайки от 2 до 3 баллов по структуре и не более 2 баллов по занимаемой ими площади.

В группе отрицательного контроля, практически у всех крыс спаечный процесс развивался к 28 суткам и прогрессировал к 90 суткам по структуре спаек от 1 до 3 баллов, при этом, оставался стабильным по занимаемой площади – от 2 до 3 баллов. Гистологически на ранее десерозированной поверхности признаки венозного полнокровия, умеренного воспаления и разрастания фиброзной ткани. Экспрессия НВМЕ – 1 была выявлена лишь на периферии серозной оболочки органов, не затронутых спаечным процессом.

Попарное сравнение балльных значений, характеризующих спаечный процесс с использованием U-критерия, показало наличие достоверных отличий между экспериментальной группой и группой положительного контроля, а также между этими группами и животными отрицательного контроля.

Таким образом, ремезотелизация является сравнительно длительным процессом, протекающим в условиях специфического клеточного микроокружения. Применяемые покрытия в составе композитных материалов создают относительно краткосрочные условия для регенерации мезотелиоцитов, при этом, их основа (полипропилен) индуцирует и поддерживает хроническую воспалительную реакцию. Предложенная экспериментальная модель позволяет эффективно и длительно оценивать процесс ремезотелизации и спайкообразования на доклиническом этапе.

Косенко В.Г., Коломиец Э.А., Косенко Н.А., Агеев М.И., Скубак А.А.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Краснодар

ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НАЛИЧИИ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ВОЗРАСТЕ ДО 3-Х ЛЕТ

Кафедрой психиатрии факультета повышения квалификации и последипломной переподготовки специалистов (ФПК и ППС) Кубанского государственного медицинского университета было

проведено исследование на основе расширенного комплекса медико-биологических и социально-экономических характеристик была целенаправленно изучена группа лиц мужского пола с поражением ЦНС в возрасте до трех лет, проживающих в городской и сельской местности. Был выявлен ряд медико-социальных и клинических характеристик, оказывающих влияние на формирование психического расстройства у изучаемого нами контингента.

Выявленная статистически подтвержденная система связей между рядом медико-социальных и клинических характеристик, принципиально отличающих группу обследуемых от контрольной группы, применительно к месту проживания обследуемого контингента (город, сельская местность) позволяют делать вывод о зависимости психического здоровья интересующих нас лиц от этих характеристик. Разнообразие выделенных признаков показывает, что психическое здоровье обследуемых зависит не только от выраженности повреждающего фактора, но и от разнообразия влияющих на организм в дальнейшем клинико-социальных факторов, что взаимосвязано с местом проживания обследуемых.

Установлено, что преморбидные факторы и органическая патология перинатального, грудного и раннего детского возраста у обследуемых с учетом места их проживания имеет тенденцию к компенсации, однако, при сочетанном негативном воздействии на организм совокупности факторов высока вероятность развития психической патологии на органическом фоне. При сравнении экспериментальной и контрольной группы отмечалось различие по ряду признаков в зависимости от места проживания обследуемых (город, сельская местность). Отмечается влияние ряда социальных и биологических факторов на формирование психического расстройства на органическом фоне. Так, например, частота встречаемости ЧМТ среди обследуемых, проживающих сельской местности выше, чем среди городских юношей (в экспериментальной группе среди сельских жителей сотрясение головного мозга было зарегистрировано у 14,7% юношей (34 человека), а среди городских – 11,5% (16 человек). «Приводы в полицию» чаще встречались у обследуемого контингента, проживающего в городе – в 13,6% случаев, чем у жителей сельской местности – 6,5% случаев. Алкоголизм среди отцов и матерей юношей, проживающих в сельской местности существенно выше, чем среди отцов городских юношей. Уровень неработающих родителей выше в сельской местности в сравнении с городской. Количество неработающих матерей выше, чем неработающих отцов. Уровень дохода в сельской местности существенно ниже, чем в городской, что объясняется преимущественно более высоким уровнем безработицы на селе, сезонными сельхозработами, а также низким уровнем заработной платы.

Выявленная статистически подтвержденная система связей между рядом медико-социальных и клинических характеристик, принципиально отличающих группу обследуемых от контрольной группы, применительно к месту проживания обследуемого контингента (город, сельская местность) позволяют делать вывод о зависимости психического здоровья интересующих нас лиц от этих характеристик и от места проживания. Снижение вероятности неблагоприятного прогноза при наличии у обследуемого в анамнезе поражения ЦНС в возрасте до трех лет, достигается своевременной и ранней комплексной терапией.

Косенкова-Дудник Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ РИМСКОЙ ЛИНГВОКУЛЬТУРЫ НА МАТЕРИАЛЕ ЛАТИНСКИХ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРОК, РЕПРЕЗЕНТУЮЩИХ КОНЦЕПТ MORS, MORTIS F («СМЕРТЬ»)

Фразеологический фонд латинского языка, являясь органической составляющей всей языковой системы, рассматривается как ценнейшее лингвистическое наследие, в котором отображается культурно-историческое мировидение народа, обычаи, верования, «преданья старины глубокой» национальной и общечеловеческой культуры. Люди всегда интересовались феноменом смерти. Понимание смысла жизни и отношение к смерти изменялось на протяжении тысячелетий. Тема смерти в ее философском, психологическом, культурологическом и медицинском аспектах и в настоящее время

является актуальной в научных кругах. Изучение латинских пословиц и поговорок предоставляет возможность рассмотреть смысловые признаки концепта смерть в лингвокультуре Древнего Рима.

Античные римляне верили в неотвратимость смерти и понимали, что рождение человека – это первый шаг к «вечному сну»: *nascentes morimur, finisque ab origine pendet* («рождаясь, мы умираем, конец предвещается началом»).

Многочисленные паремии репрезентуют представления римлян о философии смерти, поскольку люди издревле искали ответы не только на вопросы о смысле жизни, но и размышляли о сущности смерти. В их сознании смерть выступает концом людских страданий, способом избавления от трудностей и забот земного бытия: *mors laborum ac miseriarum quies est* («смерть – отдых от страданий и несчастий»); *mors dolorum omnium exsolutio est et finis* («смерть – избавление и конец всех страданий»).

Отношение к смерти у римлян было не однозначным. С одной стороны, ее боялись, с другой – воспринимали как природную необходимость, которой никто не сможет избежать: *mors et fugacem persequitur virum* («смерть достигнет и убегающего от нее»); *mortem effugere nemo potest* («смерти никто не избегнет»).

Смерть забирает у человека самое дорогое – жизнь, чем и обусловлена ассоциация смерти со страхом: *mortem timere crudelius est quam mori* («бояться смерти – хуже, чем умереть»); *non mortem timemus, sed cogitationem mortis* («мы боимся не смерти, а мыслей о ней»).

Поскольку смерть – это избавление не только от хлопот, но и от земных радостей, римляне призывали наслаждаться каждым моментом земного существования: *cum te mortalem noris, praesentibus expel deliciis animum: post mortem nulla voluptas* («поскольку ты знаешь, что ты смертен, довольствуй душу сегодняшними утехами: после смерти нет никакого наслаждения»).

Во фразеологическом фонде латинского языка натываемся на мысль, что достойные люди умирают молодыми: *quem di diligunt, adolescens moritur* («кого любят боги, тот умирает молодым»).

Большим грехом в Древнем Риме считали желание «себе смерти»: *nihil videtur turpis quam optare mortem* («ничего нет позорнее, чем желать смерти»).

На протяжении своей истории римляне вели войны с многочисленными народами. В связи с этим, они не воспринимали героическую смерть воина как печальное событие, а рассматривали ее как проявление храбрости и достоинства: *dulce et decorum est pro patria mori* («отрадно и почетно умереть за отечество»).

Изучение лексемы смерть на материале латинских пословиц и поговорок позволило рассмотреть черты, присущие концептуальной картине мира в Древнем Риме. Доминантными смысловыми признаками проанализированного концепта являются «прекращение существования», «неизбежность», «избавление от страданий», «страх».

Косенкова-Дудник Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СЕМАНТИКО-МОТИВАЦИОННОЕ СВОЕОБРАЗИЕ АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ: УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЭТИОЛОГИИ

Древние утверждали: «*Medicina fructosior ars nulla*» – нет искусства более полезного, чем медицина. Добавим: нет предмета более полезного для освоения медицины, чем латинский язык. Хотя с точки зрения филологии, латинский язык считается «мёртвым» этот «мёртвый» язык обладает удивительной витальностью.

Столкнувшись с не вполне ясной анатомической терминологией, студенты часто прибегают к помощи латинско-русских словарей для того, чтобы убедиться в безошибочности выбора нужного термина. А поскольку в словарях зафиксировано немало самых разных, а иногда и довольно непредсказуемых значений, важно не только оказать студентам посильную помощь в понимании механизмов переноса имен с одного класса объектов на другой, но и воспользоваться ситуацией заинтересованности семантическим явлением.

Для наблюдений за активизацией мыслительной деятельности студентов и контроля успешности освоения основ словообразования терминов были выбраны наиболее известные студентам-первокурсникам анатомические термины. Приведем только некоторые примеры:

- «squama, ae f»), это существительное встречается в анатомической терминологии в словосочетаниях «squama frontalis» и «squama occipitalis» в значении «чешуя». Во множественном числе «squamae» зафиксировано в словаре со значением «броня, кольчуга» Взаимосвязь с необычным значением слова логична – доспехи, изготовленные из железных колец, защищали грудь и спину воина от внешних поражений. В свою очередь, сами чешуйчатые пластинки жесткие и грубые, и вероятнее всего, по этой причине появилось еще одно значение этого термина – «грубость, неблагозвучие» (squamae sermonis Celtici);

- «stomachus, i m») в анатомической терминологии «желудок». Вторичная номинация этого существительного связана с такими определениями, как «настроение, расположение духа; раздражительность, дурное настроение, досада; неудовольствие». Например, epistula plena stomachi – «отводит душу», stomachum alicui movēre (facēre) – «раздражать кого-либо». В Древнем Риме хорошо разбирались в еде и осознавали, до какой степени вкусная пища важна для хорошего расположения духа;

- «tibia, ae f») («берцовая кость») в форме множественного числа «tibiae» имеет на первый взгляд, оригинальное значение «флейта, свирель». На сайтах, посвященных музыке, мы нашли информацию о необычной флейте «канглинг». Это ритуальный духовой музыкальный инструмент жителей Тибета, который, согласно легенде, отпугивает злых духов. Существует специальный ритуал по изготовлению «канглинга». Материалом обычно служит бедренная кость человека (преимущественно девочек и мальчиков подросткового возраста), зачастую оправляемая в серебро.

- «fibula, ae f») («малоберцовая кость») изначально означало «застёжка», «пряжка», «скобка», «заколка». В этих значениях тоже можно провести логическую параллель – большеберцовая и малоберцовая кость вместе образуют что-то похожее на большую заколку или булавку;

- «pupilla, ae f») («зрачок» в анатомической терминологии) в словаре зафиксировано со значением «девочка, маленькая одетая детская кукла». Дело в том, что в зрачке можно увидеть отражение силуэта того, на кого смотрит человек. Связь с анатомическим значением достаточно прозрачна.

Приобщение студентов к истокам формирования научной медицинской терминологии может положить начало правильной организации обширного терминологического материала и формированию системного взгляда на него, а также развитию интереса и воспитанию уважения к сокровищницам античной культуры.

Косинова Н.Н., Китаева А.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СОЗДАНИЕ СЕТИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ЦЕНТРОВ КАК ОДИН ИЗ КЛЮЧЕВЫХ АСПЕКТОВ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В условиях сложившегося влияния макроэкономических показателей особую актуальность приобретают государственные программы, направленные на привлечение инвестиций в инновационную сферу здравоохранения Российской Федерации (РФ), рост числа научных специалистов, случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), что повысит конкурентоспособность медицинской отрасли страны. Государственной программой РФ «Развитие здравоохранения» определено, что инновационный процесс в этой сфере невозможен без институциональных преобразований, повышения эффективности работы научных и образовательных организаций [1].

Вместе с тем развитие здравоохранения всей страны зависит от состояния вопроса в субъектах. Инновационное развитие регионального здравоохранения в РФ осложняется рядом факторов, среди которых отсутствие целевого финансирования и должной нормативной базы для развития инновационной деятельности (ИД), крайне ограниченное применение государственно-частных отношений. Многокомпонентность, сложность самих субъектов ИД в медицинской среде и их взаимоотношений

вкупе определяют чрезвычайную важность внедрения иерархии, которая приведет к практическому решению проблемы инновационного развития. Создание сети национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ), которые будут выполнять роль ядра ИД в регионах, может стать одной из форм разрешения данной проблемы. Для реализации инновационной политики в условиях НМИЦ необходимы следующие составляющие: инновационные проекты, инновационный менеджмент, обучение основам проектного управления, инновационная инфраструктура, привлечение инвестиций, правовое регулирование и взаимодействие с органами государственного управления. Создание центров реализации ИД, как и регионарной инновационной сферы в целом, в первую очередь возможно в крупных регионах или федеральных округах. Условием успешной реализации подобной политики может быть достаточное число генерирующих инновации научных центров: вузов и НМИЦ. Необходимо также учитывать поддержание должного уровня кооперации медицинских организаций с ведущими провайдерами знаний. По сравнению с 2010 годом, в аспекте внедрения инноваций в регионах РФ наблюдается положительная динамика. Так, приказ Министерства здравоохранения РФ №125 от 13 марта 2019 года предусматривающий повышение числа НМИЦ, позволил наладить иерархию в отношении учреждений 3 и 2 уровней. Как итог, многие лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) стали подконтрольны в своей деятельности профильным НМИЦ, имея входящее организационно-методическое руководство. Помимо контроля качества оказания медицинской помощи населению, НМИЦ выполняют систематический пересмотр национальных клинических рекомендаций, лечебно-диагностических стандартов. Кроме того, рост числа НМИЦ повысил количество учреждений, оказывающих ВМП в 2019 году до 1124. Объем ВМП является одним из важных показателей конкурентоспособности системы здравоохранения. Важно учесть, что с приходом пандемии COVID-19, этот показатель снизился до 936. Из-за перепрофилирования медучреждений под борьбу с пандемией объемы ВМП, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (ВМП-I), снизились по сравнению с 2019 годом на 11,1%. Объемы ВМП, финансируемой напрямую из федерального бюджета (ВМП-II), упали на 10,2%. Но наблюдается стойкая положительная тенденция: с 2018 по 2020 гг. объемы ВМП-I по подавляющим профилям – «Сердечно-сосудистая хирургия» и «Онкология», – увеличились на 22,9% и 25,5% соответственно. За последние 10 лет число больных, получивших ВМП возросло в 2,5 раза. По данным Минздрава РФ, в 2020 году ВМП получило 1154,9 тысяч человек (800 случаев на 100 тысяч населения).

Таким образом, формирование инновационной системы в учреждениях здравоохранения РФ посредством создания сети профильных НМИЦ закономерно приведет к дальнейшему совершенствованию функционирования ЛПУ. Лишь при внедрении прогрессивных и значимых изменений, имеющих непрерывный характер, возможно качественное налаживание течения инновационного процесса медицинских учреждений каждого субъекта РФ.

1. Государственная программа Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. №1640 «Развитие здравоохранения». М.: 2017;

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. №125 «Об утверждении Положения о формировании сети национальных медицинских исследовательских центров и об организации деятельности национальных медицинских исследовательских центров». М.: 2019.

Косинова Н.Н., Свиридова И.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СТРАТЕГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

В современном обществе одним из необходимых условий повышения конкурентоспособности учреждений здравоохранения в стране является повышение качества разрабатываемых стратегий и принимаемых стратегических решений. Методологической основой данного процесса выступает современный стратегический анализ, который системно изучает важные элементы внешней и внутренней среды и альтернативные стратегии организаций [1].

Исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городищенская центральная районная больница» (далее: ГБУЗ «Городищенская ЦРБ») с использованием метода SWOT-анализа. Наибольшее негативное влияние на работу организации ГБУЗ «Городищенская ЦРБ» имеют такие факторы как:

1. Низкий уровень организационной культуры;
2. Дефицит кадров;
3. Слабая и изношенная материально-техническая база учреждения.

Для реализации стратегии выживания и совершенствования деятельности ГБУЗ «Городищенская ЦРБ» авторами были разработаны практические рекомендации.

Для повышения уровня организационной культуры необходимо приведение локальной нормативной базы в соответствие с действующими документами; актуализация фонда распорядительных документов; разработка и внедрение кодекса этики и системы ценностей учреждения.

Кадровый дефицит является большой проблемой для всей системы здравоохранения. Но, тем не менее, существуют возможности по привлечению специалистов в ГБУЗ «Городищенская ЦРБ»: участие в программах «Земский врач» и «Земский фельдшер»; заключение договоров на целевой обучение; участие в ярмарках вакансий; размещение информации о вакансиях на сайте учреждения, комитета здравоохранения; кадровых агентств, службы занятости населения.

Реализация мероприятий, направленных на снижение кадрового дефицита, позволит получить не только медицинский, но и социальный эффект. Именно медицинские кадры, работающие с населением, повышают качество и объемы медицинской помощи, способствуют увеличению продолжительности жизни, выявлению и снижению заболеваемости и инвалидизации граждан. Доступность медицинской помощи повышает качество жизни населения.

При воздействии на третью группу факторов целесообразно внедрение в деятельность технологий бережливого производства, создание четкой системы планирования потребностей и затрат, участие в приоритетных проектах здравоохранения, партнёрство с предпринимателями района [2].

В этом случае мы можем прогнозировать экономический эффект в виде снижения издержек производства, экономии рабочего времени сотрудников, оптимизации трудовых и финансовых ресурсов.

Реализация вышеуказанных мероприятий позволит повысить кадровую, материально-техническую обеспеченность, улучшит финансовое положение учреждения, повысит уровень лояльности сотрудников и организационной культуры, повысит качество оказания медицинской помощи населению.

Косинова Н.Н., Сосновская А.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ЦИФРОВИЗАЦИИ В БЮДЖЕТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На сегодняшний день проблема внедрения цифровизации в бюджетных организациях здравоохранения является наиболее актуальным вопросом в рамках использования информационных технологий (далее – ИТ-технологий) в медицине, не только из-за положительных аспектов данного направления, но и в силу возникновения дополнительных сложностей для руководителей медицинских организаций. Данные трудности заключаются в сокращении бюджетного финансирования, недостаточной информационной грамотности многих сотрудников бюджетных медицинских организаций, а также в отсутствии стабильно работающего выхода в сеть Интернет и иных проблемах, существенно замедляющих применение инновационных разработок и эффективное развитие цифровизации.

Важно отметить, что в медицину информационные технологии пришли значительно позже, чем в другие отрасли. В связи с данным фактором, развитие цифровизации в бюджетных организациях здравоохранения находится в самом начале своего пути и значительно уступает, например, госсектору, сферам телекоммуникаций и банковской среде.

Проблемы развития ИТ-технологий в системе здравоохранения также основываются на необходимости построения процесса обучения таким образом, чтобы при этом не пострадала работа самой

организации. Существенной трудностью при внедрении цифровизации в бюджетных организациях здравоохранения является ведение электронных медицинских карт, вызывающее у руководства и сотрудников организаций опасения о возможной утере данных (сбой или выход из строя оборудования, хакерские атаки и др.), что на данный момент не позволяет полностью отказаться от карт на бумажном носителе. Подобная ситуация приводит к потере времени на дублирование идентичной информации, в связи с чем ведение медицинской документации в электронном виде принимается многими сотрудниками медицинских учреждений как дополнительная нагрузка.

Для эффективного внедрения цифровизации в работу медицинских учреждений в России необходимо разрешить ряд важнейших вопросов, а именно:

- сформировать эффективную систему государственного регулирования по развитию цифровизации в медицинских учреждениях;
- разработать систему мер государственной поддержки, направленной на внедрение IT-технологий в бюджетные организации здравоохранения;
- обеспечить гражданам качественное оказание медицинской помощи за счет эффективного обучения сотрудников медицинских учреждений и повышения их квалификации (профессиональной компетенции).

Таким образом, проанализировав проблемы внедрения цифровизации в бюджетных организациях здравоохранения, необходимо отметить, что при соблюдении определенных условий грамотного ввода информационных технологий в медицину, а также при эффективной поддержке государства, выгоды от применения цифровизации в медицине способны перекрыть все экономические издержки и сложности, возникающие при внедрении данных технологий.

Косолапов И.И., Попрошаев А.Е., Саперкин Н.В., Громова В.А., Хорьскина Е.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, г. Нижний Новгород

КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫЕ ИНФЕКЦИИ КРОВОТОКА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ У ОБЫЧНЫХ ПАЦИЕНТОВ И ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

С целью клинико-эпидемиологической характеристики катетр-ассоциированной инфекцией кровотока (КАИК) проведено дескриптивное сплошное исследование в рамках рутинного проспективного наблюдения за пациентами, которым назначена катетеризация центральных сосудов и формировался сосудистый доступ. Всего в анализ вошло 12 пациентов с подтвержденной КАИК. Временной интервал охватил с 2019 по 2021 гг., а также культуры микроорганизмов (n=24) – выделенные из крови. Для статистического анализа использовано программное обеспечение R4.2.0 (RStudio); WHONET 5.6 для рутинных данных по чувствительности к антибиотикам. Преобладали больные женского пола (75%). Все пациенты являлись жителями Нижнего Новгорода. В 2019 году было зарегистрировано наибольшее число случаев (6). Инфекция была представлена в основном лабораторно подтвержденной инфекцией кровотока (9 случаев). Возраст пациентов составлял от 35 до 79 лет. Среди КАИК преобладали генерализованные формы: 83,33±10,76%. Среднее число койко-дней у пациентов с КАИК равнялось 33,75±16,37. Описанные заболевания суммарно объединили 3410 катетеро-дней. 4 госпитализации из 12 (33,3%) пациентов с КАИК закончились летальным исходом. В зависимости от пола имелись различия в длительности катетеризации. Так, у мужчин сосудистый доступ был более продолжительным в сравнении с женщинами: 309,67 vs 275,67 катетеро-дней (p = 0,9). В качестве средства формирования сосудистого доступа во всех случаях использовался туннельный центральный венозный катетер (ЦВК), в некоторых – наряду с уже имеющейся артериально-венозной фистулой. Чаще всего изолировались *S. aureus* (57%) и *KoHC* (26%). У *Klebsiella spp.*, *S. aureus* резистентность наблюдалась почти ко всем группам антибиотиков. Среди *K. pneumoniae* продуцентов БЛРС оказалось 2 культуры, или 67%. Резистентность *S. epidermidis* фиксировалась к тем же группам антибиотиков, что и у золотистого. На примере стафилококков можно видеть штаммы с резистентностью к 3 и более группам антибиотиков. Имелись штаммы и MRSA, и MRSE. У единичных культур клебиселл присут-

ствовала неполная чувствительность к применяемым в стационаре дезинфектантам. Таким образом, результаты исследования обосновывают необходимость активизации проспективного наблюдения за катетеризированными пациентами; повышения информированности медицинского персонала о диагностике (использование стандартного определения случая), эпидемиологии и профилактике КАИК; расширения микробиологического мониторинга за счёт определения чувствительности не только к антибиотикам, но и бактериофагам, дезинфицирующим и антисептическим средствам; формирования электронной базы данных пациентов с КАИК; депонирования результатов антибиотикограмм в программу WHONET и на платформу amrCloud; а также разработки и внедрения необходимых стандартных операционных процедур.

Костенко В.С., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Кабанько Т.П., Сиротина Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) представляют серьезную проблему здравоохранения, оказывающую существенное влияние на здоровье женщин репродуктивного возраста. Эта группа заболеваний занимает лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости и являются наиболее частой причиной госпитализации женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно регистрируется 448 млн. новых случаев ВЗОМТ (до 60% от общего числа гинекологических заболеваний). При отсутствии эффекта от традиционных, консервативных методов проведения антибактериальной терапии (АТ), целесообразно изменить тактику лечения. Одним из таких способов является экстракорпоральная антибиотикотерапия (ЭКАТ). Оптимизация АТ при использовании ЭКАТ осуществляется за счет направленного транспорта антибиотика в очаг воспаления. Под нашим наблюдением, в отделениях интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии, находилось 17 пациенток с ВЗОМТ, у 10 (58,8%) из них проведено хирургическое лечение (очаг дренирован), которым применялся модифицированный способ ЭКАТ. После забора крови в контейнер «Гемасин» 500/400 и центрифугирования в аппарате РС-6 в течение 15 мин при скорости 2000 оборотов/мин, отделяли плазму. В клеточную массу добавляли суточную дозу антибиотика (группа карбапенемов – 67% случаев, группа цефалоспоринов 3 поколения – 43% случаев) в соответствии с выявленной чувствительностью микрофлоры очага инфекции, 2 мл 1% раствора АТФ и преднизолон 30мг, после чего проводилась инкубация в термостате при температуре 37,5° С, в течение 30 минут. Инкубированную клеточную массу внутривенно капельно возвращали пациенткам. Сеансы ЭКАТ выполнялись через день. Курс ЭКАТ составил от 4 до 6 сеансов. У пациенток перенесших хирургическое вмешательство ЭКАТ была начата от 3 до 14 суток (в среднем 4,6±2,3) от момента дренирования очага инфекции, при не достаточной эффективности проводимой традиционной АТ. В результате у всех пациенток получавших ЭКАТ объективно отмечалось улучшение общего состояния, которое исходно оценивалось как средней степени тяжести, уже после второго сеанса ЭКАТ нормализовалась температура тела. В лабораторных данных отмечалось: снижение лейкоцитоза, в среднем, с 14,9 ±1,4 Г/л до 10,6±0,9 Г/л, уменьшение признаков эндотоксикоза, так лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф-Калифа, в среднем, снизился с 6,4 ±1,3 у.е. до 2,5±0,9 у.е., ядерный индекс интоксикации Даштаянца – с 0,36±0,11 у.е. до 0,12±0,03 у.е. Осложнений и побочных реакций при проведении ЭКАТ не наблюдалось.

Таким образом, применение методики экстракорпоральной антибиотикотерапии у пациенток с ВЗОМТ способствует повышению эффективности антибактериальной терапии, снижению дозы вводимых антибактериальных препаратов, снижению риска развития побочных эффектов АТ.

Костик В.Э., Пошехонов А.С., Вакуленко М.В.

Республиканская Детская Клиническая Больница, г. Донецк

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ПИЩЕВОДА И КАРДИО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА У ДЕТЕЙ

Цель: Оптимизация и улучшение результатов диагностики, лечения и наблюдения пациентов с полипами пищевода и кардио-эзофагеального перехода.

Методы исследования: В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца за период с 2004 по 2021 годы наблюдалось 265 детей с полипами пищевода и кардио-эзофагеального перехода. Мальчиков с данной патологией было 179 (67,5%), а девочек 86 (32,5%). С опухолевидными образованиями в зоне кардио-эзофагеального перехода было 222 (83,7%) пациентов, нижней трети пищевода – 39 (14,7%) детей. Реже полипы локализовались в области средней трети – у 3 (1,1%) детей, а полип верхней трети пищевода обнаружен у 1 (0,3%) пациента. У всех пациентов были детально собраны клинико-анамнестические данные и проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с морфологическим исследованием биоптатов образований. Пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 122 (46%) ребенка с полипами пищевода и кардио-эзофагеального перехода, размер которых был менее 5 мм в диаметре, они находились на широком основании. Данная группа пациентов наблюдалась консервативно, с мониторингом ЭГДС 1 раз в год. Вторую группу составили 143 (54%) пациента с полипами, размером более 5 мм, которым была проведена эндоскопическая полипэктомия.

Результаты: В нашей клинике при обнаружении полиповидного образования пищевода или кардио-эзофагеального перехода оцениваются его следующие эндоскопические характеристики: локализация, размеры, форма, цвет, поверхность. На основании данных ЭГДС ребенку при необходимости назначается курс консервативной терапии у гастроэнтеролога. Через 4 месяца рекомендовалось проведение контрольной ЭГДС с взятием биопсии образования. При гистологическом исследовании биоптатов в подавляющем большинстве случаев – 253 (95,5%) пациента – определялись гиперпластические полипы, в 12 случаях (4,5%) выявлена фовеолярная (очаговая) гиперплазия. Также было отмечено, что на фоне гиперплазии были воспалительные изменения в виде лимфоплазмочитарной инфильтрации собственной пластинки желудка и пищевода в 87% случаев (231 пациент). Удалению подлежали полипы более 5 мм. Все операции проводились под общим обезболиванием. Чаше при проведении полипэктомии применяется режим электроэксцизии с электрокоагуляцией. Для этого использовали электрохирургический блок и диатермические петли. Размеры удаленных полипов были от 5 мм до 2,5 см. Послеоперационных осложнений в виде продолжающегося кровотечения или перфорации полого органа не наблюдали. Среди оперированных пациентов лишь в 5 (3,4%) случаях были полипы на тонкой длинной ножке, доминировали полипы на широком основании – 138 (96,5%) пациентов. После эндоскопической полипэктомии контрольные ЭГДС проводили через 1,6 и 12 месяцев, далее 1 раз в год. В 5 (3,6%) случаях отмечены рецидивы опухолевидных образований спустя 6,12 месяцев после первичного удаления. Всем пациентам первой группы (122 пациента), наблюдавшимся консервативно, мы проводили контрольную ЭГДС 1 раз в год. Динамическое наблюдение детей показало, что у большинства пациентов (69 детей – 56,5%) размеры полипа не изменялись, у 34 (28%) детей было отмечено уменьшение его размеров, полное исчезновения у 15 (12,3%) детей в течение от 2 до 5 лет. И только у 4 детей (3,2%) выявлен незначительный рост полипа.

Выводы: Полипы пищевода и кардио-эзофагеального перехода в 87% случаев сопровождались воспалительными явлениями. По морфологическому строению полипы относились преимущественно к гиперпластическому типу. Эндоскопической полипэктомии подлежали полипы размерами более 5 мм. Пациенты после полипэктомии должны наблюдаться гастроэнтерологом и эндоскопистом в течение 5 лет с обязательным эндоскопическим контролем 1 раз в год.

Костямин Ю.Д., Иваненко А.А., Попивненко Ф.С., Коняшин А.А., Кучер П.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
 ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА КАК ПОСЛЕДСТВИЕ БОЕВОЙ ТРАВМЫ

Цель: проанализировать боевую травму как причину острой сосудистой патологии в военное время.

Материалы и методы: Был проведён ретроспективный анализ историй болезни 78 пациентов с повреждениями сосудисто-нервного пучка, которые были госпитализированы в отделение сосудистой хирургии ИНВХ им. В.К.Гусака, получившие боевые травмы за период военных действий на Донбассе в периоде с 1 марта по 21 ноября 2022 года. Основным критерий отбора раненных: повреждение кровеносного сосуда. Возраст больных от 20 до 80 лет. Из 78 пациентов – 10 женщин (13%) и 68 мужчин (87%). Все случаи были оценены с помощью ультразвуковой доплерографии или ангиографии. Больных доставляли в приёмное отделение ИНВХ непосредственно с места получения ранения, а также из других военных госпиталей и городских больниц, после оказания врачебной помощи и выявления сосудистой травмы. Временной интервал между получением травмы кровеносного сосуда до их поступления в сосудистое отделение – составлял от 3 до 24 часов (при раннем выявленном поражении артерии в 55 случаях – 70,5%). Механизмами боевой травмы у 78 пациентов являлись: пулевые ранения – в 23 случаях (29,5%), минно-взрывные (осколочные) – в 55 (70,5%), из них сквозные ранения – в 20 случаях (26%), слепые ранения – в 58 (74%). Анатомические области повреждения: верхняя конечность – 27 случаев (35%), нижняя конечность – 46 (59%), область шеи – 1 (1%), малый таз – 4 (5%). Отмечалась различная морфология повреждений сосуда: полный разрыв, краевое повреждение, сквозное ранение, ушиб (контузия сосуда). Зарегистрированное сопутствующее поражение (50%) близлежащих нервных стволов с развитием нейропатии различной степени тяжести – 22 случая (44%), сочетанные переломы костей – 15 случаев (30%), а также повреждения одноименных вен с развитием кровотечения – в 7 случаях (14%) и венозного тромбоза – в 6 случаях (12%). У 55 пациентов было вовремя предположено или выявлено поражение магистрального сосуда в связи с чем раненные доставлены госпитализированы в отделение сосудистой хирургии, где выполнена ревизия ран с последующей реконструктивно-восстановительной операцией. Четверо больных были доставлены в отделение с установленным временным шунтом в просвет артерии, 2 из них были проходимы, 2 тромбированы. У 23 пациентов поражение магистрального сосуда выявлено в отсроченном периоде, у данных раненных определялись такие осложнения как: пульсирующая гематома – в 1 случаях, ложная аневризма – в 22 случаев, включая артеривенозную фистулу (АВФ) – в 2 случаях. Двадцать один больной поступил в плановом порядке с жалобами на увеличивающееся округлое образование в проекции постраневого рубца, боль, отёк, ограничение движения в конечности вследствие компрессии мягких тканей (вен, нервных стволов), один больной поступил с угрозой разрыва аневризма (прогрессирующий рост аневризмы с образованием флюктуации на передней поверхности правого бедра). Согласно анализу имеющихся эпикризов и со слов пациентов, ни у одного из них не было явных признаков повреждения сосудов на момент первоначального обследования после травмы, оказывалась помощь, связанная с сочетанной травмой опорно-двигательного аппарата, органов грудной или брюшной полости.

Результаты: В прифронтовых госпиталях больные оперированы в 13 случаях, в нашей клинике больным проводились оперативные вмешательства: реконструктивно-восстановительные – в 62 случаях – 79,5% (из них протезирование – в 40 случаях (64,5%), шунтирование – в 10 (16,1%), сосудистый шов «конец-в-конец» – в 12 (19,4%)). Реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства при псевдоаневризмах выполнялись в 15 случаях, включая эвакуацию гематом, либо резекцию аневризм, а также разобщение АВФ – в 2 случаях. В 6 случаях выполнялось лигирование артерии с резекцией аневризмы. У 2 больных выявлен тромбоз ложной аневризмы без признаков ишемии конечности. В 1 случае при ранении была выполнена ампутация конечности учитывая развившуюся контрактуру. Аутовенозный трансплантат из большой подкожной вены с реверсией был наиболее рас-

пространственным типом восстановления целостности магистрального сосуда. У ряда больных был взят материал для гистологического исследования, в ходе которого выявлено: стенка сосуда эластического типа, истончена с нарушениями параллельности хода волокон с наличием атероматозных масс, что соответствует аневризме.

Обсуждение: В общей структуре боевых травм процент повреждений кровеносных сосудов постоянно увеличивается и по данным ряда авторов достигает около 17,6%. На примере нашего региона, боевая травма стала одной из ведущих причин острой сосудистой патологии. В связи с этим и возросло количество экстренной госпитализации. Большое количество сочетанной травмы при ранении – обязывает хирургов определять этапность оперативного лечения, а иногда и одномоментность выполнения оперативного лечения. Учитывая большое количество одновременного поступления раненых, на этапе первичного осмотра в военном госпитале, ряду больных, без явных признаков кровотечения, выполняли ПХО ран или оказывали неотложную помощь являющейся первоочередной. В виду этого, больные обращаются на консультацию к ангиохирургу в плановом порядке уже с сформированными ложными аневризмами.

Вывод: Боевые ранения крупных сосудов могут привести к серьезным отсроченным осложнениям за разный период времени: месяца или даже годы после травмы. Ложные аневризмы, окклюзии и фистулы в конечностях не составляют угрозы для жизни, но они могут привести к снижению качества жизни или даже к инвалидности. Учитывая это, необходимо формировать объективную оценку тяжести ранения и тщательно подходить к дифференциальной диагностике возможных повреждений. Важна своевременная консультация, всеми возможными смежными специалистами, раненых с сочетанной боевой травмой. Особенно это касается больных с ранениями в проекции сосудисто-нервных пучков, без явных признаков кровотечения. Таким образом, рекомендуем проведение УЗИ-диагностики, ангиографии, или ревизии сосудисто-нервного пучка в проекции ранения, для исключения травматического повреждения магистральных сосудов.

Костямин Ю.Д., Макиенко Е.Г., Хаджинов П.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДИК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Введение. Критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) является одной из часто возникающих осложнений у пациентов с сахарным диабетом (СД). Так же, диабетики имеют повышенный риск последующих ампутаций нижних конечностей на различных уровнях. С целью реваскуляризации нижних конечностей используют реконструктивные (шунтирующие) и эндоваскулярные методы оперативного лечения. Несмотря на повсеместное распространение данной проблемы, существует незначительное количество работ, посвященных отдаленным результатам эндоваскулярного лечения КИНК у пациентов с сахарным диабетом

Цель исследования: оценка отдаленных результатов эндоваскулярного лечения у пациентов с СД, которые перенесли вмешательства по поводу КИНК в течении 5 лет.

Материалы и методы. В процесс исследования были включены 150 пациентов, прооперированных в отделении сосудистой хирургии ДОКТМО

г. Донецк с применением эндоваскулярных методов лечения по поводу КИНК. Женщин было 93 (62%), мужчин – 57 (38%). Средний возраст составил $62,5 \pm 3,6$ лет (53-72 года). По частоте послеоперационного посещения врача – сердечно – сосудистого хирурга после выписки из отделения, пациенты были разделены на три группы: в группу 1 (n=63), вошли пациенты, которые отмечались активным послеоперационным наблюдением у хирурга и эндокринолога (визиты через 3 – 7 месяцев в течении 5 лет). Группа 2 (n=57) характеризовалась менее частыми (визиты через 7 – 12 месяцев в течении 5 лет после проведенного лечения), но регулярными визитами в клинику. Тогда как группу 3 (n=30) составили пациент, которые не наблюдались вообще, или приходили на осмотр с меньшей

частотой (реже одного посещения за 12 месяцев в течении 5 лет). Диагностические процедуры и лечение пациентов с КИНК проводилось на основании клинических рекомендаций TASK II. Первичной проспективной точкой были повторные реваскуляризирующие операции, вторичной: высокие и низкие ампутации в течении 5 лет после первичного оперативного лечения.

Результаты. Все пациенты из группы 1 прошли все этапы наблюдения, предписанные им в течении 5 лет. Средний уровень гликемии в группе 1 составил $7,4 \pm 1,4\%$, в группе 2 – $7,4 \pm 2,1\%$, в группе 3 – $9,4 \pm 3,1\%$. В ходе исследования были получены следующие результаты: частота повторных эндоваскулярных вмешательств в группе 1 составила 22 (35%) пациента, группе 2 – 17 (30%) пациентов, в группе 3 – 4 (16%). Критерий достоверности различий между группами 1 и 2 статистически не значим ($p > 0,05$), однако различие между группой 1 и группой 3 является статистически значимым ($p < 0,05$) (таб. 1.). Ампутациям нижних конечностей подвергались 6 (9%) пациентов из группы 1, а также 5 (8%) и 4 (12%) в группах 2 и 3 соответственно. Различие между группой 1 и группой 2 являлось статистически не значимым ($p > 0,05$), тогда как различие между группами 1 и 3 наоборот являлось статистически значимым ($p < 0,05$).

Таб. 1. Частота повторных вмешательств и ампутаций во всех группах пациентов

Выводы. Критическая ишемия нижних конечностей у пациентов с СД сопровождается различными морфофункциональными нарушениями сосудов и мягких тканей. Так же пациенты в последующем послеоперационном периоде с определенной долей вероятности подвергаются повторным вмешательствам и при необходимости – ампутация нижних конечностей на различных уровнях. Системное наблюдение и посещение врача в послеоперационном периоде позволяет при необходимости провести повторные реваскуляризирующие операции и снизить риск последующих ампутаций у данных групп пациентов.

Котлубей Е.В., Ганнова Е.В., Красная Л.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ РЕНТГЕНОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ

Несмотря на все более широкое использование современных лучевых методов исследования, традиционная рентгенография по-прежнему сохраняет свою роль в дифференциальной диагностике воспалительных и дегенеративно-дистрофических поражений суставов.

Общими рентгенологическими признаками вышеназванных патологий являются сужение суставной щели, субхондральный склероз, регионарный или диффузный остеопороз. Однако очередность появления этих признаков различна. Так, при воспалительных процессах остеопороз является самым ранним признаком, предшествующим деструктивным изменениям в суставных отделах костей, а сужение суставной щели выявляется на более поздних этапах. При дегенеративно-дистрофических процессах в первую очередь поражается внутрисуставной хрящ, что проявляется как раз сужением суставной щели, а остеопороз развивается позже. Кроме того, при воспалительных поражениях преобладают процессы разрушения кости (рентгенологически проявляющиеся участками просветления в суставных отделах костей), а остеосклероз (визуализируемый как высокоинтенсивный ободок) развивается вокруг этих очагов деструкции, отграничивая их от окружающей костной ткани. Дегенеративно-дистрофические процессы, в свою очередь, характеризуются преобладанием склерозирования суставных поверхностей костей (в ответ на разрушение внутрисуставного хряща), а также увеличением их площади за счет краевых костных разрастаний. Исходом воспалительного процесса в суставе в большинстве случаев является развитие истинного костного анкилоза (полное разрушение хряща и сращение костей между собой вследствие частичного или полного разрушения их суставных поверхностей, что рентгенологически проявляется отсутствием суставной щели и переходом костных балок с одной кости на другую). Исходом дегенеративно-дистрофического процесса также является

практически полное разрушение внутрисуставного хряща, что рентгенологически проявляется отсутствием суставной щели. Но при этом склерозированные (высокоинтенсивные на рентгенограммах) суставные поверхности костей четко отграничены друг от друга и деформированы краевыми костными разрастаниями. Однако, у одного и того же пациента возможно сочетание воспалительного и дегенеративно-дистрофического процесса, а одно из довольно распространенных заболеваний суставов – подагра – по сути своей является артрозо-артритом. В подобных случаях на первое место в дифференциальной диагностике выходят клиническая картина и данные лабораторных исследований.

Таким образом, понимание причин и закономерностей появления различных рентгенологических признаков воспалительных и дегенеративно-дистрофических поражений и сопоставление их с клиническими и лабораторными данными существенно облегчает дифференциальную диагностику этих двух наиболее распространенных групп патологии суставов.

Котова И.С., Михайлюк Л.В., Сапожнинская М.С.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Актуальность: В условиях эпидемии COVID-19 наблюдается всё большее число пациентов с поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Это обусловлено особенностями действия вируса в связи с тем, что рецепторы к ACE-2 значительно экспрессированы на слизистой оболочке ЖКТ. Также, важно учитывать влияние применяемых препаратов в лечении COVID-19. Во многих исследованиях отмечено, что поврежденная слизистая оболочка ЖКТ способствует более активному проникновению вируса SARS-COV-2 внутрь клеток, и вызывает обострение имеющейся хронической патологии. В связи с этим, возникает необходимость изучить особенности и частоту клинических проявлений у пациентов с заболеванием ЖКТ инфицированных COVID-19 для предупреждения осложнений и обеспечения рациональной патогенетически направленной терапии.

Цель- изучить особенности клинических проявлений поражений ЖКТ у пациентов, заболевших COVID-19.

Материалы и методы: Анализ доступной клинической литературы и результаты собственных наблюдений пациентов в период долечивания в терапевтическом отделении после выписки из инфекционного отделения с отрицательным ПЦР-тестом.

Результаты и их обсуждения. Наблюдения показали большую распространенность гастроэнтерологических симптомов у пациентов инфицированных SARS-COV-2: диарея- 7,7%, тошнота/рвота- 7,8%, боль в животе- 2,7%, повышение АЛТ/АСТ- 15%. В лечении COVID-19 отмечено нерациональное использование антибактериальных препаратов, что негативно сказывается на лечении осложнений связанных с присоединением бактериальной инфекции, в связи с этим, рекомендуется отложить антибактериальную терапию пациентам с *H. Pylori*-ассоциированной ГЭРБ на постпандемический период, несмотря на необходимость эрадикации *H. Pylori*. В лечении инфекции COVID-19 часто, длительно и в высоких дозах используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), как жаропонижающие средства, что значительно повышает риск развития НПВП-ассоциированных гастропатий. В связи с этим, рекомендуется принимать препараты, оказывающее гастропротективное действие. Одним из таких препаратов является ребамипид, согласно клиническим рекомендациям.

Более чем у половины пациентов с инфекцией COVID-19 отмечается повышение активности печеночных ферментов (АЛТ, АСТ, ГГТП) и билирубина, что может свидетельствовать о гепатоцеллюлярном или смешаном типе повреждения печени. Также, необходимо учитывать лекарственную токсичность высоких доз противовирусных препаратов, антибиотиков, стероидов и генно-инженерных биологических препаратов.

При синдроме избыточного бактериального роста (СИБР), может возникать длительная, тяжело купируемая диарея. Причиной возникновения СИБР часто является нерациональная антибиотикоте-

рапия наряду с факторами риска: органические и функциональные заболевания кишечника, хронические заболевания печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, внешнесекреторная недостаточность. В связи с этим, рекомендуется прием про-и пребиотиков с целью нормализации микробиома кишечника, а также прием гепатопротективных и ферментных препаратов.

Выводы: В связи с негативным воздействием COVID-19 на органы ЖКТ и особенностями терапии пациентов перенесших инфекцию, необходимо индивидуализировать терапию имеющих заболеваний ЖКТ и/или осуществлять индивидуальный подбор препаратов при появлении симптомов желудочно-кишечного заболевания.

Котова И.С., Михайлюк Л.В., Устищенко Т.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ЛОКАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ, pH ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ, СОЧЕТАННОЙ С СД 2-ГО ТИПА

Актуальность: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)- распространенное заболевание во внутренней медицине, встречается у 4-6% населения. Сочетание ХОБЛ и сахарного диабета 2-го типа (СД 2) наблюдается у 16% больных. Оксидантный стресс возникающий при обострении ХОБЛ, утяжеляет течение ХОБЛ и требует лечебной коррекции. Важным диагностическим методом определения локального оксидантного стресса является определение pH эндобронхиального пространства.

Цель- проанализировать состояние показателей липопероксидации и антиоксидантной защиты у больных обострением ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа и pH трахеобронхиального дерева.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 110 пациентов. Средний возраст больных составлял (53,5±2,9) лет, в т.ч. 73 больных – с обострением ХОБЛ клинической группы В (GOLD II), сочетанной с СД 2-го типа (основная группа), 37 больных с обострением ХОБЛ (группа сравнения). Состояние ТБД оценивали с помощью бронхоскопа OLYMPUS TX-20 (Япония). Конденсат влаги выдохнутого воздуха (КВВВ) собирался с помощью устройства для сбора КВВВ. В КВВВ определяли показатели общей оксидантной активности (ООА) (по содержанию МДА) и общей антиоксидантной активности (ОАА).

Результаты и их обсуждения У пациентов основной группы на всех участках трахео-бронхиального дерева (ТБД) отмечалось смещение pH в щелочную сторону, наиболее выраженное в проксимальных участках: трахее и крупных бронхах с увеличением градиента pH на (5,9±0,03)% по сравнению с нормой, которое позитивно коррелировало с ОФВ1 больных ($r=+0,514$, $p<0,05$) и с ООА в КВВВ ($r=+0,584$, $p<0,05$). Отмечено негативное влияние оксидантного стресса на состояние эндобронхиального пространства и показано, что смещение pH ТБД больных ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа, в щелочную сторону достоверно взаимосвязано с величиной ООА и ОФВ1. Оксидантный стресс в ТБД пациентов, повышая pH ТБД и его градиент на уровне «киль трахеи – устья субсегментарных бронхов» могут увеличивать риск инфекционных обострений у пациентов с ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа. Базисные средства терапии ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа, не устраняли выявленных изменений. С учетом оксидантного стресса как одного из пусковых механизмов всех выявленных патогенетических звеньев указанной коморбидности, целесообразным является дополнение лечения обострения ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа, препаратом с антиоксидантной активностью – α -липоевой кислотой.

Выводы: У больных ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа, наблюдается смещение пристеночного pH бронхов всех калибров в щелочную сторону с увеличением градиента pH на уровне «киль трахеи- устья субсегментарных бронхов» на 5,9±0,03%, что снижает saniрующие свойства трахеобронхиального секрета и утяжеляет течение коморбидности ХОБЛ с СД 2-го типа.

Кохан Т.П., Новицкая Ю.Е., Тюрина С.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ БОТАНИКИ ДЛЯ ПРОВИЗОРОВ

При подготовке кадров для фармацевтических учреждений на современном этапе большое внимание уделяется ориентированию провизора на нужды и потребности пациентов. Международной фармацевтической федерацией FIP (Fédération Internationale Pharmaceutique) разработана «Глобальная дорожная карта по подготовке фармацевтических кадров и трансформации фармацевтического образования», согласно которой является расширение компетенций провизора, в частности, консультативной помощи пациентам.

Поэтому подготовка квалифицированных компетентных специалистов провизоров направлена на получение студентами общетеоретической основы, специальных знаний дисциплин фармации и практических навыков для овладения профессиональными качествами.

Преподавание курса ботаники на кафедре управления экономики фармации, фармакогнозии и фармацевтической технологии в университете проводится на II курсе с использованием современных цифровых информационных систем и технологий в образовании.

Это затрагивает весь учебный процесс в современном образовании провизора. Так появление интерактивных лекций и различных форм практических занятий он-лайн (вебинары, конференции, семинары), в образовательном процессе будущих фармацевтов было объективной необходимостью, связанной с рядом причин: эпидемия ковида, военные действия в Донбассе.

На сегодняшний день дистанционная форма обучения обеспечена сайтом «Информационная образовательная среда ГОО ВПО ДННМУ им. М. Горького», в которой размещена страница по дисциплине ботаника. На странице размещен лекционный блок по дисциплине «ботаника» с интерактивными лекциями, включающими 1 и 2-й семестр и блок для выполнения практических занятий для самостоятельной подготовки студентов, подключены электронные библиотечные ресурсы вуза, программное обеспечение и интернет-ресурсы.

Практические навыки и умения формируются благодаря выполнению большого объема интерактивных практических занятий по ботанике, которые проводятся в форме вебинаров и посвящены изучению анатомо-морфологических признаков, выполнению тестов, а также заполнению журнала лабораторных работ, согласно разработанных методических указаний к каждому практическому занятию и списка обязательной, дополнительной литературы, а также списка интернет-ресурсов.

Однако, несмотря на обеспечение процесса дистанционного обучения по дисциплине ботаника, такая форма не может во всей полноте обеспечить формирование навыков и умений у будущих провизоров научно-исследовательских качеств в микроскопических исследованиях, а также определения содержания запасных и экскреторных веществ в малоизученных лекарственных растениях, анализировать перспективы их использования в медицине и фармации. Для полноценного учебного процесса кафедра содержит гербарий лекарственных растений официальной и народной медицины (3200 гербарных листов), лекарственное растительное сырье (более 60 образцов), коллекцию шишек, плодов и семян (150 образцов, коллекция комнатных растений (около 50 видов), среди которых представители лекарственных растений тропической и субтропической флоры.

Коценко Ю.И., Дегтярёва Р.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИГРЕНИ СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ 3 ПЕРЕСМОТРА

Цель: проанализировать, оценить клинико-диагностические критерии и особенности течения мигрени (М) с учетом международной классификацией головной боли 3-го пересмотра, 2018 (МКГБ-3)

Материалы и методы: анализ мультицентровых исследований отечественных и зарубежные авторов с применением наукометрических баз.

Результаты. Согласно МКГБ-3 М относится к первичным (доброкачественным) цефалгиям (Ц), которые не связаны с органическим поражением головного мозга, мозговых сосудов и других структур, находящихся в области головы и шеи (2018). М – пароксизмальное состояние вегетативной нервной системы, проявляющееся приступами односторонней Ц в сочетании с тошнотой, рвотой, фотофобией и фонофобией. В МКГБ-3 выделяют 3 основные формы М: без ауры (80%), с аурой (13-20%) и хроническую (6,8%) (Латышева Н.В., 2020). По данным кратких рекомендации российских экспертов (2017), М манифестирует в возрасте 10 – 20 лет, частота и интенсивность приступов достигают максимума в 30 – 45 лет и прекращается после 55-60 лет. В 60-70% случаев М имеет наследственный характер.

По мнению ряда авторов (Табеева Г.Р. и др., 2021) среди 2725 взрослых испытуемых на Ц жаловались 1273 (62,9%) пациента, преимущественно женщины (78%) в возрасте моложе 20 и старше 50 лет. В ходе данного исследования, проведенного с января 2013 г. по декабрь 2018 г., изучались данные электронных медицинских карт пациентов, где наиболее частыми клиническими проявлениями М были пульсирующие приступы Ц (37%), давящие (25%) в сочетании с тошнотой/рвотой (55%), болью в шее (33%) и фотофобией/фонофобия (19%). При этом 94% обследуемых информировали исследователей о наличии минимум одного триггерного фактора, где преимущественно было психоэмоциональное напряжение (44%). Всем пациентам текущего исследования выполняли клинико-инструментальное обследование, где выявлены патологические изменения при МРТ головы и шеи у 32% пациентов, рентгенографии черепа и шейного отдела позвоночника – у 6%, ЭЭГ – у 31%, УЗДГ магистральных артерий головы – у 16%, что позволило провести диагностический поиск и определить сопутствующую соматическую патологию.

Диагностика первичных Ц основывается на клинических критериях, изложенные в МКГБ-3 (2018). С целью уточнения выраженности М применяются визуальная аналоговая шкала (Головачева В.А. и др., 2021). Европейское исследование Eurohead способствовал внедрению дневника Ц в практику центров лечения Ц (Клинические рекомендации МЗ РФ, 2021). В настоящее время применяют шкалу оценки влияния М на повседневную активность и трудоспособность (Migraine Disability Assessment-MIDAS). Венгерская версия опросника ID-migraine для выявления М (Eva Csepany et al., 2018) прошла валидизацию в исследовании среди 380 опрошенных, среди которых у 309 испытуемых клинически диагностирована М. При этом у 190 пациентов была только М, у остальных другие первичные Ц: напряжения – в 111, кластерная – в 3, абзусная – в 4 и связанная с сексуальной активностью – в 1 случае. Надежность опросника ID-Migraine была изучена у 40 пациентов и рекомендована в качестве стандарта МКГБ-3 (2018) (Корешкина М.И., 2013, 2019).

Выводы. Несмотря на современное развитие различных медицинских направлений, диагностика М приводит к противоречивым результатам, сложности в лечении и профилактике М. Приоритетным в определении М считаются клинические критерии, шкалы, опросники и анкеты, которые позволяют верифицировать М на ранних стадиях заболевания, исключить сопутствующие причины вторичных Ц и назначить эффективную терапию, что позволит улучшить качество жизни пациента.

Коценко Ю.И., Коценко И.П., Коценко П.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГБУ «Центральная городская больница г. Харьковска»

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕЙРОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕВРОПАТИЕЙ

Актуальность. За последнее годы во всем мире распространенность сахарным диабетом (СД) продолжает катастрофически увеличиваться и составляет 537 млн человек, при этом на долю СД 2 типа приходится около 90% больных (International Diabetes Federation, 2021). По данным регистра больных СД в Российской Федерации на 1 января 2019 г. на диспансерном учете состояло 4,58 млн. человек (3,1% населения) (Дедов И.И. и др., 2019). При СД2 наблюдается увеличение частоты дис-

метаболических осложнений, в т.ч. неврологических. К наименее изученным и редко диагностируемым осложнениям на ранних этапах развития СД2 относятся диабетические автономные невропатии (ДАН), среди которых выделяют кардиоваскулярную, гастроинтестинальную, урогенитальную, судомоторную, респираторную невропатии, нарушения зрачковых рефлексов и распознавания гипогликемических состояний.

Цель: изучить нейроурологические особенности течения ДАН при СД2 и определить диагностическую приверженность на междисциплинарном уровне.

Результаты. Согласно общеизвестным данным к основным проявлениями урогенитальной ДАН относят нейрогенный мочевой пузырь (НМП), эректильную дисфункцию, ретроградную эякуляцию и сухость слизистой влагалища. При СД2 НМП может достигать 37-50% случаев (Na H.R., 2015, 2019), который патогенетически заключается в дисфункции парасимпатической системы в виде уменьшения тонуса, слабости детрузора и расстройствах симпатической иннервации со сфинктерным дисбалансом. В диагностике НМП целесообразно применение уродинамических исследований, которые позволяют объективизировать характер дисфункции мочевыводящих путей, где техника выполнения регламентируется International Continence Society (ICS, 2021) кратностью исследования 2-3 раза. Для определения функционального состояния мочеиспускания на практике применяют урофлоуметрию с обязательным определением остаточной мочи. При диабетических цистопатиях (ДЦ) происходит снижение скорости и объема мочеиспускания с наличием остаточной мочи по данным урофлоуметрии. Для определения резервуарной функции мочевого пузыря (МП) применяют цистометрию наполнения, при которой у пациентов с ДЦ регистрируется гиперактивность детрузора, низкая податливость стенки, нарушение чувствительности МП, недержание мочи, несостоятельность или релаксация уретры. Информативным методом диагностики НМП является электронейромиография, которая определяет активность мышц тазового дна, в т.ч. наружного сфинктера уретры, периуретральной поперечнополосатой мускулатуры и анального сфинктера. При СД2 возникает патологические изменения на специфическую стимуляцию в виде наполнения МП, непроизвольные сокращения детрузора, кашель или проба Вальсальвы, которые показывают сфинктерно-детрузорную диссинергию. Помимо электрофизиологических методик определения НМП при СД2 немаловажное значение приобретает применение опросников и шкал, которые позволяют верифицировать скрытые жалобы на дисфункцию мочеиспускания: международная система суммарной оценки заболеваний предстательной железы (International Prostate Symptom Score), оценки симптомов недержания мочи (Leslei incontinence symptom score), индекс симптомов по Madsen-Iversen (MIS) и по Боярскому.

Выводы. Междисциплинарный подход к диагностике урогенитальной ДАН у пациентов с СД2 заключается в активном сотрудничестве специалистов нейроурологического профиля и целесообразен для более ранней верификации возможных диабетических осложнений при СД2.

Коценко Ю.И., Николаева А.М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Актуальность. На сегодняшний день в мире наблюдается тенденция к увеличению выявляемости рассеянного склероза (РС). В настоящее время больных РС насчитывается более 2,3 млн человек, в РФ зафиксировано около 200 тысяч, преимущественно заболеваемость доминирует в г. Санкт-Петербурге (Столяров И.Д., Бойко А.Н., 2015). За 5 лет (2008-2013 гг.) распространенность РС выросла на 10%: с 30 до 33 случаев на 100 тыс. населения (MSIF, 2014), при этом в РФ за 3 года (2017-2019 гг.) данный показатель увеличился с 80,5 тыс. до 85,2 тыс. заболевших (Вергазова Э.К., 2020). Ежегодно регистрируется до 5-7 тысяч новых случаев заболевания, в том числе в детском возрасте. Рост статистических показателей отчасти связан с применением современных методов диагностики для выявления заболевания на ранних этапах развития.

Цель: проанализировать и уточнить современные критерии ранней диагностики РС, оценить целесообразность их применения в практической неврологии.

Результаты. В рекомендациях MAGNIMS-CMSC-NAIMS (2021) объединены диагностические критерии McDonald (2017), исследования Консорциума центров РС и Североамериканского кооператива, что переводит данные исследований в практическую деятельность (Wattjes M.P. et al, 2021). MAGNIMS-CMSC-NAIMS (2021) содержат обновленные указания об использовании нейровизуализации согласно стандартизированным протоколам МРТ и целесообразность применения контраста (gadolinium-based contrast agents – GBCA) во временных рамках для диагностики РС, прогноза заболевания и мониторинга лечения больных. Основные изменения в MAGNIMS-CMSC-NAIMS (2021) пришлись на протоколы МРТ-исследования, где предпочтительна сагиттальная 3D-FLAIR (three dimensional fluid attenuation inversion recovery) с разрешением 1,5 Т. Однако, при невозможности получения изображения в 3D, допускается альтернатива в виде 2D (two dimensional). В связи с накоплением гадолиний содержащих контрастных веществ в центральной нервной системе, их рекомендуется использовать с определением диссеминации во времени (DIT), исключением альтернативных заболеваний, прогнозированием течения болезни и осуществлением мониторинга в первый год лечения пациентов с диффузными поражениями нервной системы. Контрастирование не осуществляется во время беременности и лактации, для скрининга прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии, в случае стандартного мониторинга субклинической активности заболевания и при наличии МРТ-исследования в течение года.

Критерии McDonald (2017) возвращают роль анализа ликвора на наличие олигоклональных антител, что позволяет проводить диагностику на ранних этапах РС с клинически изолированным синдромом при наличии диссеминации в пространстве (DIT) с учетом более «чувствительной» локализации (кортикальные и симптоматические поражения). По данным Европейского комитета лечения и исследования РС (The European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis –ECTRIMS, 2018) при помощи критериев McDonald (2017) диагностировано на 25% больше случаев РС в сравнении с редакцией 2010 года.

Выводы. В рекомендациях MAGNIMS-CMSC-NAIMS (2021) ведущими критериями являются данные нейровизуализации без клинических особенностей. Критерии протокола МРТ головного и спинного мозга сократили, а критерии McDonald (2017) позволяют на практике подтвердить РС без дифференциальной диагностики. В ходе изучения современных критериев ранней диагностики РС возникает необходимость разработки клинических и нейровизуализационных параллелей течения заболевания с дифференцированным подходом.

Коценко Ю.И., Статинова Е.А., Бубликова А.М., Максименко О.Л.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МОТИВАЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА ДОДИПЛОМНОМ ЭТАПЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Цель: уточнить мотивационные аспекты студентов при дистанционном обучении (ДО), оценить их влияние на освоение дисциплины и овладения профессиональными компетенциями.

Результаты. На сегодняшний день актуальные социально-экономические реалии предполагают формирование профессиональных компетенций для трудовой деятельности. Наибольшую практическую значимость приобретает стимулирование учебной деятельности при изучении медицинских дисциплин в ВУЗах. Одним из приоритетных направлений стимулирования обучающихся и эффективных способов изучения дисциплины является мотивация (М). По данным ряда авторов (Ж. Годфруа, К. Мадсен, К.К. Платонов, П.М. Якобсон, М.Ш. Магомед-Эминов) М – это совокупность индивидуальных факторов, мотивов и побуждения, которые поддерживают и направляют поведение будущего специалиста, а также М является динамическим образовательным процессом психической регуляции его деятельности. Основными видами М учебной деятельности считают социальные и познавательные, побудительные и смыслообразующие, внешние и внутренние, осознанные и бессознательные, реальные и мнимые. По уровню М подразделяется на широкие социальные и познаватель-

ные, узкие позиционные и самообразование, учебно-познавательные и социального сотрудничества. К основным факторам учебной М при ДО относят образовательную систему, организацию процесса, индивидуальные преимущества будущего специалиста и особенности учебной дисциплины.

Стартовой позицией последующей плодотворной работы преподавателя и обучаемого является мотивационный компонент учебной деятельности. В учебном процессе роль преподавателя заключается в М обучаемого, демонстрации новизны содержания учебного материала, раскрытии практической, научной значимостей знаний и способов действий, а также профессиональной междисциплинарной направленности содержания образования. М профессиональной деятельности студентов в медицинском ВУЗе является сложным системным образованием, упорядоченной совокупностью профессионально-медицинских ценностных ориентаций, мотивов, побуждений личности к осуществлению непосредственно врачебной деятельности и реализации собственных гуманистических аспектов в ходе профессиональной и других видов деятельности. В настоящее время неотъемлемой частью ДО являются информационно-коммуникационные технологии, которые приводят к формированию у обучающихся компетентности в осуществлении научного поиска, умении анализировать и структурировать полученную информацию.

При ДО возникает целесообразность интерактивного обучения для организации познавательной деятельности и создания комфортных условий для будущего специалиста. При этом формирование профессиональных компетенций предполагает определение неврологических синдромов, постановки топического и нозологического диагнозов, дифференцированном подходе диагностики и лечения неврологических больных с применением интерактивных технологий обучения (ИТО). В образовательном процессе активно применяют методы организации, контроля за эффективностью учебно-познавательной деятельности и стимулирования формирует у будущих специалистов ответственность, обязательства, интерес в овладении знаниями, умениями и навыками в условиях, приближенных к реальным.

Выводы. В настоящее время в педагогике сущность мотивационной составляющей изучения дисциплины зависит от многих факторов. В условиях ДО применение профессионально-ориентированных ИТО при изучении неврологии способствуют развитию нестандартного мышления, повышает интерес к дисциплине, формируют желание самостоятельно работать, аккумулируя медицинские знания, которые пригодятся будущему специалисту в профессиональной деятельности.

*Коценко Ю.И., Стафинова Е.А., Коценко В.П., Максименко О.Л.,
Бубликова А.М., Полторак А.П.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГБУ «Центральная городская больница г. Харцызска»
ГБУ «Антрацитовская центральная городская многопрофильная больница»

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕВРОПАТИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Актуальность. Во всем мире эпидемиологические показатели сахарного диабета (СД) продолжают стремительно увеличиваться. В 2021 году распространенность СД составила 537 млн человек, где в 90% случаев преобладает СД2 типа (International Diabetes Federation, 2021). Одним из неврологических осложнений при СД2 является диабетическая автономная нейропатия (ДАН), которая встречается в 37-50% случаев, однако, без верификации на ранних этапах развития СД2 (Diabetic Neuropathy: A Position Statement by the American Diabetes Association, 2017 with changing).

Цель: определить особенности синдрома вегетативной дисфункции при ДАН у пациентов с СД2 и оценить диагностические методы его ранней диагностики.

Результаты. Ранняя диагностика ДАН заключается в определении ведущих признаков, на которые должен обратить внимание пациент и врач. Обследуемый не всегда способен интерпретировать состояние организма, как проявление ДАН, и предъявлять определенные жалобы. В данной связи

ведущей задачей специалиста является детальный опрос пациента. ДАН при СД2 может быть изолированной или предшествовать на ранних стадиях возможные сосудистые осложнения. При этом вариабельность ДАН зависит от особенностей клинической симптоматики и степени вовлечения вегетативной нервной системы. По данным ряда авторов имеет место определенная последовательность поражения отделов вегетативной нервной системы (Duck P.J. et al, 2018, Дедов И.И. и др., 2017, 2020). Наличие клинических проявлений вегетативной нейропатии при СД2 является признаком неблагоприятного прогноза, при этом около половины больных имеют низкую выживаемость в течение 2 лет после диагностики ДАН (Veves A. et al, 2014, 2021).

При СД2 к наиболее ранним признакам ДАН относят кардиоваскулярные изменения в виде тахикардии без влияния физических факторов и фармакологических проб с изолированным парасимпатическим повреждением (Sumner C.J. et al, 2012, 2017). В последующий процесс вовлекается симпатический отдел, нарушая регуляцию артериального давления с развитием ортостатической гипотензии, кратковременных липотимических и синкопальных состояний, где более длительная церебральная гипоперфузия может привести к необратимым последствиям и летальному исходу. Неотложным проявлением ДАН являются кардиореспираторные нарушения со снижением компенсации респираторных реакций на гипоксию и повышением риска смерти (Paisley A.N. et al, 2015, 2016).

При ДАН нарушение распознавания гипогликемических состояний приводит к исчезновению ее предвестников. Вегетативные симптомы гипогликемии не возникают из-за нарушения секреции катехоламинов и как следствие выброса контринсулярных гормонов. К более поздним и редко диагностируемым на ранних сроках осложнениям ДАН относят урогенитальную и гастроинтестинальную формы. Не все пациенты могут открыто предъявить жалобы на урогенитальную сферу, однако, их можно верифицировать с помощью специальных шкал и опросников, инструментальных обследований и консультации смежными специалистами.

Выводы. ДАН является системным полиморфным неврологическим осложнением при СД2. Ранняя диагностика ДАН при СД2 с использованием современных критериев и методов исследования позволяет своевременно оказать необходимые терапевтические мероприятия, отсрочить прогрессирование осложнений и летальный исход.

Кошеленко К.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ЭРИТЕМЫ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ

Кольцевидная эритема у детей – редкое инфекционно-аллергическое поражение кожи. Четкие представления о причине и механизме ее развития на сегодня отсутствуют.

Цель: анализ клинического случая рецидивирующего течения кольцевидной эритемы у ребенка 7 лет.

Материалы и методы: изучение амбулаторной карты развития ребенка, медицинской литературы за последние 10 лет, собственное наблюдение (опрос, сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования).

Результаты. Родители мальчика 7 лет, обратились на прием с жалобами на высыпания на коже, возникшие на фоне регресса респираторной вирусной инфекции с явлениями ринофарингита. Высыпания появились на правом бедре в вид трех колец. В течение 5 дней кольцевидные высыпания с нижних конечностей перешли на туловище и верхние конечности, по мере распространения сыпь на ногах побледнела и местами исчезла. В последнюю очередь кольцевидные высыпания появились на лице, концентрируясь вокруг носа и ушных раковин, создавая ажурный рисунок и сопровождались увеличением периферических лимфатических узлов.

В анамнезе заболевания до 2-х лет у ребенка отмечались признаки атопического дерматита в виде гнейса и гиперемии щек с шелушением. В период обострений, которые повторялись 2-3 раза в год, ребенок получал курс антигистаминных препаратов. В возрасте 6 месяцев по данным эхокардиографии:

«Открытое овальное окно, аберрантная хорда». Семейный анамнез не отягощен. Острыми респираторными инфекциями (ОРИ) болеет до 4 раз в год. В 4 года перенес лакунарную ангину.

Объективно на коже лица в области носогубного треугольника, височных областях, за ушами, на сгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, а также на спине, кольцевидная эритема. Элементы сыпи, накладываясь друг на друга, создавали ажурный рисунок, размером 0,5-5 см со слегка возвышенными краями и центром из неизменной кожи. Отмечалась гипертрофия миндалин I степени. При пальпации периферических лимфатических узлов обнаружено их увеличение в подчелюстной до 3 см, подмышечной и паховой областях – до 1,0 см, округлой формы, подвижные, эластичные, безболезненные. Крупные суставы внешне не изменены, движение в них безболезненно.

Клинически исключен псориаз, отрубевидный красный лишай, дерматофития, кожные проявления красной волчанки, с помощью лабораторного обследования – герпетическая инфекция (герпес 1, 2, 6 типов, цитомегаловирусная и инфекция Эпштейна-Барра), острая ревматическая лихорадка (отрицательные ревмопробы). При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки выделен золотистый стафилококк в 10⁴ степени. В крови обнаружено умеренное повышение уровня иммуноглобулина E. ЭКГ в норме.

На основании проведенного дифференциального диагноза, можно сказать, что заболевание имеет инфекционно-аллергическую природу: атопический дерматит в анамнезе, повышенное содержание общего иммуноглобулина E, рецидивы кольцевидной эритемы на фоне ОРИ, быстрая динамика исчезновения кожных проявлений, доброкачественный характер лимфаденопатии. Пациенту был установлен диагноз: «Реконвалесцент ОРИ. Лимфаденопатия. Атопический дерматит, стадия обострения». При рецидиве заболевания рекомендовано проведение биопсии кожи в области кольцевидной эритемы. Показано устранение провоцирующих появление высыпаний факторов: профилактика ОРИ, профилактический осмотр стоматолога и оториноларинголога 2 раза в год.

Выводы. Кольцевидная эритема – симптом, встречающиеся при различных заболеваниях, требующих проведения диффдиагноза.

Кравченко А.И., Жилицын Е.В.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

СИНДРОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Синдром дисплазии соединительной ткани наиболее часто у детей проявляется изменениями со стороны опорно-двигательной системы, в том числе и переломами костей. При этом синдроме, а также при патологии позвоночника отмечается высокая частота неосложнённых компрессионных переломов позвонков. За последние десятилетия отмечена выраженная тенденция к росту распространенности посттравматических изменений в позвоночно-двигательных сегментах у детей. Аналогичная тенденция прослеживается и касательно синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), встречаемость которого у лиц молодого возраста достигает 80%. Синдром НДСТ представляет собой врожденный мезенхимальный дефект в результате нарушения роста СТ, являясь преморбидным фоном для различных заболеваний.

Целью исследования послужило изучение распространенности синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей с неосложненными компрессионными переломами позвоночника.

Материал и методы исследования. Проведен анализ материалов обследования 74 детей в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст – 13,5±1,4) с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков (НКПП).

Результаты и их обсуждение. В нашем исследовании у детей с компрессионными переломами позвоночника синдром дисплазии соединительной ткани регистрировался в 78,8%, наиболее яркие проявления которого были представлены гипермобильностью суставов, осевыми деформациями позво-

ночника, деформациями нижних конечностей и нарушениями сводов стоп ($p=0,01$). У этих пациентов достоверно чаще встречались избыточный рост и нарушения сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Наличие клинических проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани выявлено у 78,8%, детей с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков.

Синдром недифференцируемой дисплазии соединительной ткани можно рассматривать в качестве преморбидного фона у детей с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков.

Оптимизация диагностики неосложненных компрессионных переломов тел позвонков у детей должна быть связана не только с определением рентгенологических и клинических симптомов, но и выявлением фона заболевания.

В группу риска по развитию неосложненных компрессионных переломов тел позвонков у детей должны включаться дети с синдромом НДСТ.

Выявление детей с риском по развитию неосложненных компрессионных переломов тел позвонков позволит предотвратить развитие осложнений, инвалидизации и улучшить их качество жизни.

Красножен В.Н., Боечко Н.Д., Боечко Д.С., Славина А.Л.

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

НЮАНСЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

В последние годы отмечается значительное увеличение частоты воспалительных процессов в области слуховой трубы (СТ) влекущих снижение остроты слуха. В качестве причин такого характера изменений заболеваемости рассматриваются различные факторы. Внедрение современных методов оценки состояния СТ открывает перспективы для изучения воспалительной патологии в области ее глоточного устья и перепончато-хрящевого отдела. Рост частоты воспалительной патологии СТ и ограниченность выбора патогенетически обоснованных методов терапии делает актуальной проблемой оториноларингологии изыскание новых методов диагностики и лечения. Целью работы явилось повышение эффективности диагностики и лечения обструктивной дисфункции СТ. Материал и методы. Работа основана на анализе результатов клинического, инструментального обследования и хирургического лечения пациентов. Для визуализации просвета СТ применяли эндоскопы 30 или 45° и специально разработанный нами инструмент дилатации (патент), проходимость СТ изучалась специальным световодом с микролинзой на дистальном конце (иллюминатор), методом коблации (патент) испаряли гипертрофию или полипозное изменение слизистой оболочки внутри просвета до истмуса. В послеоперационном периоде применяли абисил, обладающий широким спектром действия, влияющим на все фазы заживления раны. Методы контроля – проба Вальсальвы, аудиометрия, тимпанометрия, эндоскопия барабанной перепонки. Изучение патологии носа и околоносовых пазух – эндоскопия, риноманометрия, функциональные пробы, РКТ. Результаты и их обсуждение. Жалобы на снижение слуха 88%; боль в ухе 59%. Сопутствующая патология носа, околоносовых пазух и носоглотки 95,6%. Нарушение носового дыхания зафиксировано в 52,6% случаев. По данным тональной пороговой аудиометрии снижение слуха кондуктивного и смешанного типа наблюдалось в 70,8% и 19,9% соответственно. Данные тимпанометрии – непроходимость СТ I степени встречалась чаще всего – в 56,3%, а IV степени лишь в 5,04%. Иллюминация оказалась выполнимой у 83,5% пациентов. Всем пациентам со стойкой, неподдающейся консервативным методам лечения обструктивной дисфункции СТ проведено хирургическое лечение методом коблации внутрипросветно (холодной плазмы, в режиме абляции). После выполнения хирургического лечения на 1, 30, 90, 365 дни выполнена тональная аудиометрия. Полученные данные демонстрируют преимущество симультанного подхода к лечению патологии СТ на всех сроках наблюдения ($p < 0,05$)

Выводы. Количество выявленной сопутствующей патологии носа, околоносовых пазух и носоглотки составило 95,6%; применение разработанного метода коблации внутрипросветно позволило восстановить слух у 98,5% пациентов при симультанном хирургическом подходе; показанием к применению метода коблации являлось стойкое

нарушение вентиляционной функции СТ, обусловленное вазомоторным, гипертрофическим или липозным увеличением слизистой оболочки перепончато-хрящевого отдела.

Крахоткина Е.Д., Перенесенко А.О., Дергилев С.М., Юрьева А.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЭТАПНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДИКАТОРОВ ДОСТИЖЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ

Актуальность темы. Вопрос повышения качества обучения остро стоит в системе высшего медицинского образования. Большое внимание уделяется формированию профессиональных компетенций (ПК) как наиболее значимых результатов образовательного процесса студентов на клинических кафедрах. Однако для их достижения крайне важным является изучение фундаментальных дисциплин на теоретических кафедрах, где студенты получают знания и навыки идентификации структур на микроуровне с детализацией молекулярных механизмов функционирования. При изучении этиологии, патогенеза и лечения заболеваний органа зрения основополагающим является овладение общепрофессиональными компетенциями (ОПК) на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии.

Цель: проанализировать индикаторы достижения и результаты обучения ОПК на кафедре гистологии и соотнести с содержанием обучения на кафедре офтальмологии.

Материалы и методы. Проанализированы индикаторы ОПК рабочей программы «Гистология, цитология и эмбриология» для специальности «Лечебное дело», а также содержание темы «Сенсорные системы. Органы чувств. Орган зрения. Строение глаза. Функциональные аппараты глаза». Изучены ПК, которые реализуются на кафедре офтальмологии. При этом было сопоставлено содержание темы практического занятия с реализацией учебного процесса на кафедре офтальмологии.

Результаты исследования. Для реализации образовательного процесса кафедрой гистологии, цитологии и эмбриологии используются ОПК-5 и 10, в рамках которых студент способен оперировать оценкой морфофункциональных, физиологических состояний в организме человека для решения профессиональных задач (ОПК-5) и способен использовать медицинскую терминологию и принципы доказательной и персонализированной медицины (ОПК-10). Акценты изучения эмбриогенеза и гистологии органа зрения и его вспомогательного аппарата на практических занятиях можно обозначить следующим образом: последовательность развития зародышевых листков и первичных структур, дифференцировка и гистогенез хрусталика, нейрогенез сетчатки, развитие сосудистой оболочки, кластеризация источников развития каждой из трех оболочек глаза; функциональные аппараты глаза с детализацией молекулярных механизмов строения и регуляции, в частности строения оптической системы глаза и поэтапность фототрансдукции при активации рецепторного аппарата сетчатки; отдельного рассмотрения требует гематоретинальный барьер и реализация иммунных реакций в фиброзной оболочке, а также особенности состава и динамики оттока водянистой влаги. Рассмотрение данных аспектов на занятии с проработкой индикаторов, в разрезе представленных ОПК позволяют подвести студента к фундаменту для реализации индикаторов ПК-2 на кафедре офтальмологии (диагностические мероприятия пациента). Было отмечено, что указанные аспекты содержания практического занятия находят реализацию в понимании нарушений прозрачности оптической системы (катаракты), обструкции дренажной системы глаза (глаукомы), дистрофических процессов в цинновых связках; ретинопатий.

Выводы. Таким образом, теоретические кафедры медицинского ВУЗа должны ориентировать студента на практическое использование полученных знаний. Для этого необходим постоянный мониторинг содержания обучения клинических кафедр и интеграция этих элементов в преподавание фундаментальных дисциплин.

Кривенко С.Н., Попов С.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Одной из основополагающих задач, которые стоят перед травматологами при наличии у пострадавших открытых переломов костей конечностей при политравме, является определение тактики лечения открытых переломов костей конечностей, вызванных высокоэнергетическими поражающими факторами. Множественные открытые переломы костей конечностей, возникшие вследствие политравмы, изучены нами у 155 больных, находившихся в клиниках Республиканского травматологического центра города Донецка за последние десять лет. Среди пострадавших мужчин было 108 – 69,7%, в то время как женщин – 47 – 30,3%. Производственные травмы составили 74,8% – 116, бытовые 25,2% – 39. Чаще травмам были подвержены сегменты нижних конечностей (90,9%-141), в то время как верхние конечности подвергались травмам в 9,1% (14) случаев. По характеру открытые множественные переломы длинных костей конечностей в 26,5% (41) случаев были многооскольчатые, в 63,2% (98) случаев нами диагностированы первичные отрывы и разможнение на протяжении конечностей, а в 10,3% (16) отмечен дефект костной и мягких тканей сегментов нижних или верхних конечностей. При оказании помощи пострадавшим с множественными открытыми переломами длинных костей конечностей решались три основные задачи: срочная остановка кровотечения; восстановление АД и кровотока; восстановление кислородной емкости крови и оксигенации тканей. Введение коллоидных и кристаллоидных объемозамещающих растворов осуществляли под контролем показателей Нв, Нт, не снижая их ниже 100Г/л и 32% соответственно. О состоянии микроциркуляции судили по разности гематокритных показателей венозной и капиллярной крови, кожно-ректальному температурному градиенту, поминутному диурезу. За счет переливания эритроцитарной массы восстанавливали кислородный объем крови. С целью восстановления диуреза назначали осмодиуретики (1мл/кг/час). В последующем контролировали суточный водный баланс, общий белок, уровень Нв, Нт, коагулограмму. Устойчивая компенсация функции сердечно-сосудистой системы, системы дыхания, как правило, наступала через 6 – 8 часов, что позволяло начать хирургическое лечение травмированных. При переломах костей голени, сопровождающихся значительной травматизацией мягких тканей, надкостницы и наличием полностью скелетированных отломков, лишённых кровоснабжения, проводили первичную сегментарную резекцию с последующим замещением костного дефекта по Илизарову. При открытых переломах верхних конечностей на первых этапах мы проводили первичную хирургическую обработку открытого перелома и фиксировали его спице-стержневыми аппаратами внешней фиксации. Вторым этапом проводилась окончательная реконструкция верхней конечности с фиксацией отломков на костными пластинами. Следует отметить, что мы считаем необходимым строго индивидуальный подхода в каждом конкретном случае лечения открытых переломов костей конечностей у пострадавших с политравмой. Применение индивидуальной тактики лечения тяжелых множественных открытых переломов (первичная реконструкция, двухэтапный остеосинтез) у больных с политравмой является, на наш взгляд, наиболее предпочтительной для достижения удовлетворительных результатов лечения.

Кривобок А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ДАННЫХ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуализация проблемы. Актуальность ранней диагностики и дифференциальной диагностики объемных заболеваний предстательной железы (ПЖ), несмотря на достижения современной медици-

ны, не снижается последние десятилетия. Каждые 10 лет численность мужчин с объемными заболеваниями ПЖ удваивается, а смертность от рака предстательной железы (РПЖ) достигает практически 10% от всей мужской смертности при злокачественных новообразованиях. Рост числа и распространенности объемных заболеваний ПЖ среди мужского населения требует дальнейшего изучения вопросов патогенеза, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения данной патологии.

Цель работы. Провести анализ изменений данных лабораторно-инструментальных исследований при объемных заболеваниях ПЖ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 302 историй болезней пациентов с объемными заболеваниями ПЖ, находившихся на лечении в клинике кафедры урологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» в 2011-2021 гг. Из них 26,5% (80 человек) составили пациенты с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), а 73,5% (222 человека) – с РПЖ. Для сравнения создана контрольная группа из практически здоровых мужчин (n=20).

Результаты и их обсуждение. В исследование было включено пять наиболее информативных показателей, используемых при первичной диагностике объемных заболеваний ПЖ: концентрация в сыворотке крови общего тестостерона, общего и свободного простат-специфического антигена (ПСА) и их соотношение; объем предстательной железы; индекс Глисона. Исследуемая и контрольная группы были сопоставимы по возрасту. При проведении трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) ПЖ выявлено, что у основного количества больных объем ПЖ составляет 20-60 см³, однако при ДГПЖ есть тенденция к снижению количества пациентов с большими размерами органа в отличие от пациентов, страдающих РПЖ. Данная ситуация является следствием того, что клинические проявления ДГПЖ проявляются раньше и более выраженно, что способствует ранней диагностике заболевания. Степень повышения уровня общего ПСА, а так же снижение соотношения количества общего ПСА к свободному в исследовании коррелировала с ростом тяжести РПЖ. Выявленная зависимость может использоваться при дифференциальной диагностике опухолевых и неопухолевых заболеваний ПЖ, а так же при оценке эффективности проводимого лечения РПЖ. Уровень общего тестостерона в исследовании у пациентов был ниже посткастрационного уровня (20 нг/дл), однако при местно распространенных и метастатических формах РПЖ отмечена тенденция к росту показателя, что может быть связано с особенностями фармакодинамики антиандрогенных препаратов. Определение общего тестостерона в динамике у больных с объемными заболеваниями ПЖ может отражать эффективность проводимой антиандрогенной терапии. Выявлено возрастание индекса Глисона при увеличении степени тяжести РПЖ. Таким образом, прогностически неблагоприятный исход РПЖ можно предполагать у пациентов с индексом Глисона 7 и выше. Определение индекса Глисона проводится у пациентов с подозрением на злокачественный процесс ПЖ и может служить не только методом диагностики и дифференциальной диагностики заболевания, но и методом оценки качества лечения.

Выводы. Таким образом, для диагностики и дифференциальной диагностики объемных заболеваний ПЖ следует, в первую очередь, использовать данные ТРУЗИ ПЖ, соотношение общего и связанного ПСА и индекс Глисона, а для контроля качества проводимого лечения информативными являются все включенные в исследование показатели.

Кривобок А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТИПА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуализация проблемы. Ранняя диагностика типа рака предстательной железы (РПЖ) для практической медицины имеет важное значение, однако не менее важным является оценка и прогнозирование тяжести его течения. Чувствительность диагностических методов выявления РПЖ, рекомендованных к рутинному использованию клиническими протоколами составляет от 10% до 35%, а методы

комплексной оценки и прогнозирования типа и тяжести РПЖ недостаточно разработаны. Разработка такого метода позволит обеспечить персонализированный подход к выбору средств и методов комплексного лечения пациента, а также позволит оценивать эффективность проводимого лечения.

Цель работы. Разработать метод прогнозирования типа и тяжести РПЖ на основе комплексного учета данных лабораторно-инструментальных исследований.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 222 историй болезней пациентов с РПЖ, находившихся на лечении в клинике кафедры урологии ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» в 2011-2021 гг. Из них 34 – с локализованным РПЖ (Т1-Т2), 71 – с местно-распространённой в стадии Т3, 68 – с местно-распространённой в стадии Т4 и 49 – с метастатической формой РПЖ. Для сравнения создана контрольная группа из практически здоровых мужчин (n=20) и больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) (n=80). При разработке метода применялся корреляционно-регрессионный анализ.

Результаты и их обсуждение. Для первичного анализа данных взяты 20 диагностических показателей, характеризующих тип и степень тяжести РПЖ. Высокую степень корреляции с прогрессированием степени тяжести РПЖ продемонстрировали всего пять из них: концентрация общего и свободного простат-специфического антигена (ПСА), уровень общего тестостерона, объем предстательной железы, индекс Глисона (G0=0; G1=2-6; G2=7; G3=8; G4=9-10 – соответствие баллам по шкале Глисона). За объект прогноза приняты числовые обозначения искомого параметра «Y»: 1 – человек здоров; 2 -ДГПЖ; 3 -локализованная форма РПЖ (Т1-Т2); 4 -местно-распространенная форма РПЖ (Т3); 5 -местно-распространенная форма РПЖ (Т4); 6 -метастатический РПЖ. В результате корреляционно-регрессионного анализа получено следующее прогностическое уравнение:

$$Y = 0,05 * X_1 - 7,75 * X_2 - 0,02 * X_3 + 0,005 * X_4 + 0,61 * X_5 + 2,59 (R=0,79),$$

где: Y – значения объекта прогноза (от 1 до 6);

X1 – концентрация в сыворотке крови ПСАобщ. (нг/мл);

X2 – коэффициент ПСАсвоб./ПСАобщ.;

X3 – концентрация в сыворотке крови тестостерона (нг/мл);

X4 – объем предстательной железы (см3);

X5 – индекс Глисона (G0=1; G1=2; G2=3; G3=4; G4=5).

Для прогнозирования результата требуется в уравнение подставить соответствующие данные диагностических показателей пациента X1-X5 и произвести расчет. Достоверность разработанного метода составила 90%.

Выводы. Разработан метод прогнозирования типа и степени тяжести РПЖ, основанный на комплексном учете пяти диагностических показателей, которые характеризуют структуру и функцию предстательной железы и включены в стандартные методы диагностики пациентов с объемными заболеваниями органа. Простота, доступность и высокая степень достоверности метода дают возможность его использования как в стационарной, так и в амбулаторной практике урологов и онкологов.

Кривокорытова А.Г., Шапмурина В.Р.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Смоленск

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

По данным ВОЗ распространенность воспалительных заболеваний пародонта у взрослого населения составляет 95%, чаще всего у лиц в возрасте до 35 лет диагностируется хронический катаральный гингивит. Несмотря на высокую распространенность гингивита, существующие методы профилактики и лечения недостаточно эффективны, поэтому так актуальна разработка новых технологий и их внедрение в практическое здравоохранение. Последние два десятилетия знаменуются широким распространением препаратов на основе гиалуроновой кислоты (ГК) в различных отраслях медицины, в том числе и в стоматологии. Это связано с физико-химическими свойствами ГК и широким спектром биологических процессов, в которых она участвует. Гиалуроновая кислота (C28H44N2O23) – несоль-

фатированный гликозаминогликан, состоящий из дисахаридных единиц, образованных N-ацетил-D-глюкозаминном и D-глюкуроновой кислотой, которые соединены между собой гликозидными связями. ГК основной компонент соединительной ткани, содержится в межклеточном веществе, в синовиальной жидкости, в слизистых секретах. ГК участвует в структурообразующей, регуляторной, трофической, транспортной функциях. Такие свойства ГК как: высокая вязкость, специфическая способность связывать воду и белки, образовывать протеогликановые агрегаты, важны для регенерации тканей пародонта и слизистой оболочки рта. Молекулы гиалуроната химически неизменны, различаются молекулярной массой и длиной цепи. Короткие цепи (400 – 10 000 Да) стимулируют ангиогенез, миграцию и пролиферацию клеток. Высокомолекулярная ГК (>500000 Да) подавляет ангиогенез, ингибирует клеточную миграцию и пролиферацию. Низкомолекулярная ГК под действием бактериальных гиалуронидаз и свободных радикалов оказывает провоспалительное и иммуностимулирующее действие. Молекулы ГК связываются с рецепторами CD44, RHAMM и TLR4, расположенными на поверхности иммунокомпетентных клеток, запуская синтез провоспалительных цитокинов и развитие каскада воспаления. Высокомолекулярная фракция приводит к снижению уровня провоспалительных цитокинов, подавляет фагоцитарную активность моноцитов и реакцию антиген – антитело, препятствует активации лимфоцитов. Препараты на основе гиалуроновой кислоты способствуют созданию высокого защитного эффекта, предохраняющего ткани пародонта от проникновения микроорганизмов и их токсинов за счет стабилизации межклеточного вещества, ГК оказывает бактериостатическое действие на пародонтопатогенные микроорганизмы, такие как *Actionomycesetem comitans*, *Porphomonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* и др., способствует пролонгации терапевтического эффекта после проведения профессиональной гигиены и пародонтологических манипуляций. Показания к применению препаратов ГК в пародонтологии: лечение гингивита, лечение хронического пародонтита, коррекция формы десневых сосочков и контура десневого края, восполнение их объема, закрытие рецессий. Препараты на основе гиалуроновой кислоты, применяемые в стоматологии, выпускаются в виде гелей, растворов и мембран. Самым распространенным и эффективным методом применения ГК является инъекционное введение препарата в ткани пародонта, а также аппликация гелей на слизистую оболочку десны. В Российской Федерации зарегистрированы формы ГК для специализированного применения в стоматологии, под названиями «Имплантат для стоматологии вязкоэластичный стерильный в шприцах в двух модификациях: «Ревидент» и «Ревидент+». Применение препаратов на основе гиалуроновой кислоты для лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта, в том числе и хроническим катаральным гингивитом, является перспективным методом лечения. С целью дальнейшего изучения данной темы целесообразно проведение исследований и разработка новых неинъекционных методов введения препаратов гиалуроновой кислоты.

Кубрикова Ю.В.

НОЧУ ВО «Московский финансово-промышленный университет «Синергия», г. Москва

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ СТАФИЛОКОККОВ К АНТИБИОТИКАМ ПЕНИЦИЛЛИНОВОГО РЯДА

Появление большого количества антибактериальных препаратов для лечения инфекций, повлияло на формирование множественной антибиотикорезистентности у стафилококков. Это приводит к необходимости в применении иных групп антибиотиков, что стимулирует появление стафилококков резистентных к другим группам антибиотиков. В связи с этим ежегодно увеличивается количество штаммов стафилококков резистентных к различным группам антибиотиков.

Была предпринята попытка охарактеризовать устойчивость выделенных штаммов *Staphylococcus* к антибактериальным препаратам группы бета-лактамов.

Для достижения цели данного исследования были поставлены следующие задачи:

1. Определить количество штаммов с характерными золотистому стафилококку свойствами.
2. Провести исследования по определению чувствительности выделенных штаммов стафилококков к бета-лактамным антибиотикам.

3. Определить чувствительность резистентных к бета-лактамам стафилококков к следующим группам антибиотиков: аминогликозиды, хинолоны, макролиды, линкозамиды.

Для проведения исследований было выявлено 30 культур грамположительных микрококков, располагающихся скоплениями в виде виноградной грозди, которые проявили положительную реакцию на каталазу, что позволило отнести их к стафилококкам.

После проведения всех исследований, было выявлено, что больше 33% исследуемых штаммов стафилококка имели характерные для вида золотистого стафилококка свойства: способность к ферментации маннита в анаэробных условиях, способность вырабатывать плазмакоагулазу, при выращивании на желточно-солевом агаре образовывать зоны опалесценции вокруг колоний.

Чувствительность к антибактериальным препаратам оценивалась при помощи диско-диффузионного метода. Для засева использовалась суспензия культуры при визуальном контроле, соответствующему 0,5 по МакФарланду. На засеянную поверхность среды Мюллера-Хинтона накладывали диски, пропитанные антибиотиками. Через 24 часа при помощи линейки измеряли диаметр зон задержки роста.

Метициллин-резистентные стафилококки являются возбудителями тяжелых заболеваний, лечение которых затрудняется быстрым появлением резистентности к другим группам антибиотиков. За последние годы, благодаря появлению новых заболеваний требующих применение антибактериальных препаратов, прогрессировало и появление метициллин-резистентных штаммов стафилококков. В ходе исследований было выявлено, что 20,00% исследуемых культур, имели полную резистентность к антибиотикам пенициллинового ряда.

Учитывая широкое распространение *Staphylococcus*, устойчивых к бета-лактамам, можно сделать вывод, что наиболее эффективным препаратом против данного микроорганизма является рифампицин, а также антибиотики из группы хинолонов, которые проявили высокую антибактериальную эффективность.

Резистентность к бета-лактамам, умеренная чувствительность исследуемых культур к макролидам и линкозамидам, а также резистентность к гентамицину, который был высоко эффективным, делает необходимым подробное исследование отдельно взятого пациента со стафилококковой инфекцией на чувствительность возбудителя к антибиотикам для эффективной терапии данных заболеваний.

Помимо этого, для борьбы с метициллин-резистентными стафилококками необходимо рациональное использование антибиотиков, исключая повсеместное нецелесообразное использование препаратов в пищевой промышленности, а также правильный подбор, дозировка и длительность использования антибиотиков при лечении других заболеваний.

Куглер Т.Е., Гнилицкая В.Б., Христуленко А.Л., Маловичко И.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

На сегодняшний день существует неопределенность в отношении безопасности использования ингибиторов протонной помпы (ИПП) при инфицировании SARS-CoV-2, поскольку имеющиеся данные указывают как на защитные, так и неблагоприятные эффекты. Предполагается, что ИПП влияют на восприимчивость к вирусу, тяжесть течения и исходы у пациентов с COVID-19. Это беспокойство основано на механизме действия препаратов – подавлении кислотности желудочного сока. SARS-CoV-2 имеет сходство с двумя другими ранее идентифицированными коронавирусами, а именно с тяжелым острым (SARS-CoV) и ближневосточным (MERS-CoV) респираторными синдромами. Сообщалось, что SARS-CoV инактивируется в кислых условиях (рН 1,0-3,0), тогда как более высокий уровень рН желудочного сока в диапазоне, достигаемом с помощью ИПП, не инактивирует вирус. Это представляется важным, поскольку SARS-CoV-2 может попадать в организм не только через дыхательную, но и пищеварительную систему. Вирус использует рецептор АПФ-2 (ангиотензинпревращающего фермента-2), который широко экспрессируется в ЖКТ, для быстрого проникновения и

репликации в энтероцитах. Кроме того, поскольку кишечник является самым большим иммунным органом и способен принимать колонии быстро реплицирующего SARS-CoV-2, существует опасение, что вирус может распространиться за пределы ЖКТ, в том числе в дыхательные пути. Таким образом, желудочный сок считается первой линией защиты, и риск заражения вирусной инфекцией повышается при пониженной кислотности.

Другая точка зрения на использование ИПП во время пандемии COVID-19 заключается в том, что их применение может привести к снижению всасывания некоторых витаминов. ИПП уменьшают биодоступность витамина С, что приводит к снижению его концентрации. Данное наблюдение важно в контексте COVID-19, учитывая, что по данным исследователей низкие дозы (0,5-2 г/сут) витамина С могут быть использованы для профилактики, а высокие дозы приводят к снижению уровня медиаторов воспаления (интерлейкин-6 и эндотелин-1) при развитии тяжелой формы заболевания. Что касается роли магния и витамина D в патогенезе коронавирусной инфекции, следует учитывать гипомagneмию, как один из побочных эффектов использования ИПП. Жирорастворимому витамину D необходим магний, чтобы принять свою активную форму (1,25[ОН]2D), при этом все больше и больше научных работ показывают связь между низким уровнем витамина D и повышенной восприимчивостью к инфекции SARS-CoV-2, а также тяжестью клинического течения заболевания.

Следует отметить, что трактовать результаты исследований можно по-разному. Например, полученные данные о снижении противовоспалительной активности нейтрофилов при приеме ИПП, одни авторы расценивают как фактор агрессии, учитывая уменьшение защиты от инфекционных агентов. Другие исследователи предполагают, что данный феномен является протективным фактором, поскольку способность ИПП ингибировать выработку провоспалительных цитокинов свидетельствует об их способности подавлять цитокиновый шторм, связанный с COVID-19, и препятствовать развитию острого респираторного дистресс-синдрома. Существуют доказательства, что ИПП могут играть определенную положительную роль в профилактике и лечении COVID-19, благодаря их противовирусным, иммуномодулирующим и антифибротическим свойствам.

Необходимо проведение рандомизированных контролируемых и проспективных исследований для получения более убедительных доказательств влияния кислотосупрессии на риск возникновения и течение коронавирусной инфекции, учитывая, продолжающуюся пандемию COVID-19.

Кудрин Р.А.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ПЕРСОНАЛА КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ КАК РЕЗУЛЬТАТ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Профессиональная деятельность персонала клинико-диагностических лабораторий зачастую осуществляется в осложнённых условиях. Это связано с необходимостью использования средств индивидуальной защиты от биологического фактора и высокой личной ответственностью за результат труда (Бадамшина Г.Г. с соавт., 2019; Сорокин М.Ю. с соавт., 2021). Строгое соблюдение санитарно-гигиенических требований при этом позволяет повысить качество лабораторной диагностики и одновременно минимизировать риск заражения самих сотрудников возбудителями опасных инфекций.

Вместе с тем, необходимость пребывания в «красной зоне» создаёт высокий уровень напряжения регуляторных систем и нередко приводит к ошибкам в работе (Острякова Н.А. с соавт., 2021; Доронина Т.В. с соавт., 2021). Следовательно, в условиях продолжающейся пандемии, вызванной новой коронавирусной инфекцией (SARS-CoV-2), особое значение приобретает поиск информативных критериев профессионального отбора персонала клинико-диагностических лабораторий для повышения качества оказываемых услуг при снижении «физиологической цены» данного результата (Мадалиева С.Х. с соавт., 2015). Одним из таких критериев является эмоциональный интеллект (EQ), который на 60% определяет эффективность любой деятельности (Сергиенко Е.А. с соавт., 2019; Верстеева И.И., 2019).

Цель работы – изучение физиологического обеспечения эмоционального интеллекта у сотрудников клинично-диагностических лабораторий для повышения эффективности труда.

Физиологическое обеспечение работы персонала лабораторий оценивалось по параметрам вариабельности сердечного ритма (кардиоритмография), показателям системной гемодинамики (тонометрия) и сатурации гемоглобина кислородом (пульсоксиметрия) до и после 5-часовой рабочей смены. Эмоциональный интеллект измерялся с помощью EQ-теста в состоянии покоя вне рабочей обстановки (Беар Ж.-М., 2007).

Обследованы 33 человека со стажем работы в ПЦР-лаборатории от 1 до 33 месяцев. Уровень эмоционального интеллекта у 33,7% обследуемых оказался средним (81-120 баллов), а у 66,3% – высоким (121-168 баллов).

Минутный объём сердца до начала работы составил 3722,0 мл/мин. – у лиц со средним EQ (межквартильный интервал 3163,1-3739,0 мл/мин.) и 3938,9 мл/мин. – у лиц с высоким EQ (межквартильный интервал 3404,2-4230,2 мл/мин.). После смены указанный показатель был равен 3375,0 мл/мин. (межквартильный интервал 3372,0-4402,0 мл/мин.) и 4284,7 мл/мин. (межквартильный интервал 3935,4-4688,8 мл/мин.) – у лиц со средним и высоким EQ, соответственно. Различия были статистически значимы ($U_{эмп.}=10,0$, $U_{кр.}=11,0$ при $p \leq 0,05$).

Индекс напряжения регуляторных систем у представителей среднего EQ после рабочей смены оказался значительно выше (192,0 усл. ед., межквартильный интервал 155,0-223,0 усл. ед.), чем в группе высокого EQ (103,0 усл. ед., межквартильный интервал 72,0-226,0 усл. ед.). Различия были статистически значимы ($U_{эмп.}=10,0$, $U_{кр.}=11,0$ при $p \leq 0,05$).

Таким образом, у сотрудников ПЦР-лабораторий с высоким EQ до начала работы усиленное кровоснабжение тканей достигалось активацией сердечной деятельности на фоне снижения сосудистого тонуса. После смены к перечисленным компенсаторно-приспособительным механизмам добавлялось повышенное потребление миокардом кислорода, как реакция на мышечный компонент трудовой деятельности. При этом у лиц со средним EQ указанные механизмы были задействованы слабее, что сопровождалось более выраженным напряжением регуляторных систем. Полученные результаты рекомендуется использовать при проведении профессионального отбора персонала клинично-диагностических лабораторий.

Кузнецов С.В., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В., Батырова М.Б., Синенченко А.Г.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург

ОТРАВЛЕНИЯ НЕУСТАНОВЛЕННЫМИ ТОКСИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИНТОКСИКАЦИЙ

На сегодняшний день диагноз «Токсическое действие других и неуточненных веществ» (код по МКБ-10 T65) занимает значимое место в структуре острых смертельных отравлений согласно научным данным как отечественных [Секретарев В.И., Овсянникова Л.Б., Минин Г.Д. и др. Мониторинг острых отравлений химической этиологии как элемент гигиенической безопасности населения Республики Башкортостан // Медицина труда и экология человека. 2016. № 3. С. 30-35; Ивахина С.А., Ефимов А.А., Курзин Л.М. Региональные динамические тенденции частоты встречаемости различных видов смерти от внешних причин (по данным Тамбовского и Саратовского Бюро Судебно-медицинской экспертизы) // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2017. Т. 22. № 1. С. 211-216 и др.], так и зарубежных специалистов [Sharma R., Neelanjana G., Rawat N. et al. Mortality and morbidity associated with acute poisoning cases in north-east India: A retrospective study // Journal of Family Medicine and Primary Care. 2019. № 8(6). P. 2068-2072; Kaka R.A.M., Ghanem M.A.A., Sigairon M.E.E. et al. A Retrospective Analysis of Acute Poisoning Cases Admitted to Alexandria Poison Center: Pattern and Outcome // Asia Pacific Journal of Medical Toxicology. 2022. № 11(2). P. 40-45 и др.].

В Российской Федерации на протяжении последних лет количество случаев смерти от токсического воздействия неуточненных веществ имеет стабильный рост показателя АППГ (аналогичного показателя прошлого года) – увеличение в среднем в 1,2 раза по сравнению с предыдущим годом. Кроме полученных нами предварительных данных указанная тенденция подтверждается также, например, исследованием группы авторов кафедры судебной медицины Волгоградского государственного медицинского университета, изучавших структуру химической травмы при детальном разборе 209 смертельных отравлений в 2012-2017 гг. [Сивик В.В., Зятямина М.С., Мигунов В.С. и др. Судебно-медицинское значение токсического действия неустановленного вещества в структуре химической травмы // Судебно-медицинская экспертиза. 2019. Т. 62. № 4. С. 10-13.].

В проанализированных нами судебно-медицинских экспертизах в отношении пациентов, умерших в стационаре с диагнозом «Токсическое действие других и неуточненных веществ», в качестве непосредственной причины смерти (при отсутствии других конкурирующих причин) в подавляющем большинстве случаев фигурировала токсическая кардиомиопатия. Полученный результат нашел отражение также и в трудах других ученых. В частности, ранее в Санкт-Петербурге был проведен ретроспективный анализ оценки причин внезапной ненасильственной смерти молодых людей в возрасте от 14 до 35 лет, умерших в 2009 году. По результатам данного анализа непосредственной причиной внезапной смерти более чем в четверти случаев (152 случая в выборке из 538 человек) была передозировка наркотиков и/или алкогольная интоксикация. Среди последних в 93,5% случаев по результатам судебно-медицинской аутопсии причина внезапной сердечной смерти молодых людей формулировалась как кардиомиопатия (чаще всего неуточненная, токсическая или алкогольная) [Гордеева М.В., Велеславова О.Е., Батунова М.А. и др. Внезапная ненасильственная смерть молодых людей (ретроспективный анализ) // Медицина неотложных состояний. 2014. № 4(59). С. 18-26]. Выскажем солидарное предположение, что такая неопределенность может быть обусловлена ростом количества вновь синтезируемых наркотиков и затруднениями в их идентификации.

В связи с изложенным дальнейшую актуальность в ближайшее время, по нашему мнению, будет представлять разработка и научное обоснование методологии комплексной диагностики и экспертной оценки отравлений неустановленными токсическими веществами, что является целью планируемых нами перспективных исследований.

Кузнецова Е.А., Марусиченко Е.А., Луцкий И.С., Ефименко М.В.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СЛУЧАЙ ДИСТОНИИ-ПАРКИНСОНИЗМА СО СТРЕМИТЕЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ

Дистония-паркинсонизм со стремительным развитием (ДПСР) – редкое двигательное расстройство, которое характеризуется быстрым, резким развитием паркинсонизма и дистонии. В качестве провоцирующих факторов наиболее часто выступают физическое напряжение и тяжелый стресс. Статистика распространенности заболевания неизвестна. В мире описано более 100 случаев заболевания. ДПСР чаще развивается у детей и людей молодого возраста. Характерно очень быстрое, от нескольких минут до 30 дней развитие дистонии в сочетании с паркинсонизмом. В большинстве случаев после периода развития состояние больного стабилизируется без дальнейшего прогрессирования симптомов. ДПСР обусловлен рядом миссенс-мутаций гена АТР1А3 (расположение: 19q13.2), кодирующего α -3 субъединицу Na^+ , K^+ -АТФазы, которая играет важную роль в поддержании электрохимических градиентов натрия и калия через плазматическую мембрану.

Пациент Ч., 1996 года, мобилизованный, 28.07.2022 года во время боевых действий получил минно-взрывную травму (МВТ). Кратковременно терял сознание, беспокоил шум в ушах, головокружение. Тогда же появилось дрожание в правых конечностях, насильственные движения в правой руке и шее. С 28.07.22 по 08.08.22 находился на лечении в больнице МВД ДНР. Была выполнена электроэнцефалография: выраженные экстрапирамидные нарушения верхнего плечевого пояса справа, пар-

кинсоническая симптоматика, тремор покоя, признаки дистонии. Результаты ЭЭГ, УЗИ ОБП, УЗИ щитовидной железы, Ro-гафии шейного отдела позвоночника – патологии не выявлено. Выписан с диагнозом: МВТ от 28.07.22 г., контузия головного мозга с цефалгией, выраженным гиперкинетическим синдромом в правой руке. Для дальнейшего обследования и лечения 09.08.22 госпитализирован в отделение ангионеврологии ИНВХ.

При поступлении жалобы на дрожание и скованность правой руки, насильственные движения в шее. При осмотре: соматический статус не отягощен. В неврологическом статусе: черепные нервы без патологии. Сухожильные рефлексы с рук и ног оживлены, равны. Кистевых и стопных патологических знаков нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Повышен мышечный тонус по экстрапирамидному типу в правой руке. Положительный симптом Нойка в правой ноге. Дрожательный гиперкинез правой руки паркинсонического типа. Насильственный поворот головы вправо с вовлечением мышц грудной клетки и плечевого пояса справа. В позе Ромберга устойчив, пальценосовую пробу справа выполняет неуверенно из-за дистонических нарушений.

На МРТ головного мозга от 08.08.22 г. – единичные мелкоочаговые изменения в лобных отделах субкортикально, вероятно, сосудистого (перинатального) генеза. Биохимические исследования крови: КФК, К, Na, Ca, Cu, Mg, церулоплазмин, билирубин, АЛТ, АСТ в пределах референсных значений. ИФА исследования: HBsAg отр., IgM+IgG к антигенам HCV – отр., ТТГ, Т4св., Т3св., АТ к ТП в пределах нормы.

На основании клинических проявлений: сочетании паркинсонических нарушений и дистонических расстройств, внезапности появления симптоматики в условиях острого стресса, стабильности клинической картины, данных ЭНМГ, отсутствия изменений на МРТ головного мозга и в лабораторных исследованиях, пациенту выставлен диагноз: Дистонии-паркинсонизма со стремительным развитием.

Проводился дифференциальный диагноз с паркинсонизмом с ранним началом, дофа-зависимой дистонией, дистонией DYT16 и X-сцепленной дистонией-паркинсонизмом (DYT3). В отличие от DYT3 и других форм паркинсонизма с ранним началом, ДПСР не является нейродегенеративным заболеванием.

Кузнецова М.А., Олсуфьева А.В., Абанина О.В., Олсуфьев С.С.

НОЧУ ВО «Московский финансово-промышленный университет «Синергия», г. Москва
 ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ,
 г. Москва

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СВОЕОБРАЗИЕ ДИФFUЗНОЙ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕТОЧНИКА И МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ЧЕЛОВЕКА

Интерпретация некоторых расстройств мочевыводящих путей нередко наталкивается на трудности, обусловленные недостатком знаний по иммуноморфологии мочеточника. В тоже время восстановительные оперативные вмешательства на мочеточнике нередко приводят к неудовлетворительным функциональным результатам. Целью настоящей работы является комплексное морфологическое и морфометрическое изучение клеточного состава и цитоархитектоники лимфоидных образований в стенках маточных труб и мочеточника человека в постнатальном онтогенезе для выявления возможности использования маточных труб в качестве трансплантата при дефектах мочеточников у женщин. Для работы были исследованы 134 плоскостных тотальных препарата мочеточников людей обоего пола, а также 50 пар маточных труб (отдельно правая и левая), полученные от трупов, не имевших патологии на уровне репродуктивной и иммунной систем, погибших от случайных причин в возрасте от 0 до 90 лет. Материал фиксировали в 10% раствора формалина с последующей стандартной проводкой и заливкой в парафин. Срезы окрашивали азур-2-эозином и гематоксилин-эозином – для обзорных исследований и подсчета клеток, метиловым зеленым пиронином по Браше. Достоверность

различий выявляли с помощью t-теста Стьюдента (уровень достоверности $p < 0,05$). В результате изучения цитоархитектоники и микротопографии диффузной лимфоидной ткани в слизистой оболочке мочеоточника человека существуют некоторые особенности. Так, лимфоциты располагаются в виде 2 рядом лежащих клеток, а также в виде групп, состоящих из 3-4 малых и средних лимфоцитов. Клеточные элементы лимфоидного ряда в диффузной лимфоидной ткани в слизистой оболочке и подслизистой основе мочеоточника в различные возрастные периоды формируют короткие цепочки из 3-5 малых и средних лимфоцитов. Характерной особенностью для диффузной лимфоидной ткани в слизистой оболочке мочеоточника является наличие посткапиллярных венул во всех возрастных группах. Говоря о своеобразии микротопографии лимфоидных образований в маточных трубах нельзя не сказать о присутствии лимфоцитов, располагающихся в виде так называемых цепочек из 5-10 расположенных рядом клеток. Наличие цепочек весьма характерно и для слизистой оболочки маточных труб – этот факт «сближает» ее с мочеоточником. Следует также подчеркнуть, что для обеих фаз менструального цикла характерно неравномерное распределение клеток в разных структурных зонах маточной трубы, так называемые «опустошенные» зоны и «насыщенные» клетками зоны. Еще одной характерной особенностью в расположении клеток лимфоидного ряда является их непосредственная близость от сосудистого русла, что типично и для мочеоточника. Здесь следует подчеркнуть, что в диффузной лимфоидной ткани маточных труб человека присутствует постоянное наличие малых и средних лимфоцитов, среди которых особо выделяются и межэпителиальные лимфоциты (преимущественно малые лимфоциты). Межэпителиальные лимфоциты обнаруживаются в основном вблизи базальной мембраны стенки маточной трубы, между клетками эпителия, а единичные клетки обнаруживаются и в самом просвете органа. Присутствие межэпителиальных лимфоцитов в слизистой оболочке маточных труб объясняется местной тканевой иммунной реакцией в эпителии, направленной против тканевых элементов. Таким образом, с возрастом неравномерно меняется содержание лимфоцитов – отмечаются периоды их накопления в молодых возрастных группах (подростковом, юношеском), что связано с процессами усиленного роста человека и максимальным развитием лимфоидных образований, и, возможно, с развитием человеческих взаимоотношений, носящих интимный характер. Накопления числа лимфоцитов, отмечающиеся в более старших возрастных группах, связано, по-видимому, с возникающими проблемами соматического характера, отражающиеся на иммунологическом состоянии женской репродуктивной системы. Представленные данные, несмотря на довольно большую общность строения двух органов, демонстрируют морфологические различия, неизбежно ведут к негативным последствиям в ходе трансплантации фрагмента и его последующего функционирования.

Кузьменко Д.Е.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

РАЦИОНАЛЬНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ ПРИ КОХЛЕОНЕВРИТЕ

Кохлеоневрит (острая сенсоневральная тугоухость, острая нейросенсорная тугоухость неврит слухового нерва, код по МКБ 10: Н 90.3 Н90.4) – это нарушение функции слухового анализатора, проявляющееся частичной или полной потерей слуха.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность использования терапевтического лазера в лечении больных с острым и хроническим кохлеоневритом (ОКН и ХКН).

Материалы и методы: оперативные вмешательства выполнялись под контролем немецких хирургических отоскопов фирм Aescular и Heine с использованием микрохирургического инструментария и терапевтического аппарата Лика-терапевт М. Воздействие лазера данного аппарата на микроциркуляцию в слизистых оболочках и в подлежащих тканях изучалось с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК – 02 (Россия) по оригинальной методике (Д.Е.Кузьменко 2012) и доложено на оториноларингологических конференциях (Севастополь 2013, Львов 2013).

Методика транстимпанального лазерофореза (ТТЛ) и лазерного воздействия (ЛВ) описана и доложена на форумах в г.Донецке (Кузьменко Д.Е. 2018 и 2021гг.). Сеансы выполнялись ежедневно 5-7-10 сеансов с аудиометрическим контролем.

В отделении пластической и реконструктивной хирургии головы и шеи в период с 2014 по 2022гг. по данным методикам было пролечено 162 пациента с КН I-IV степени, в возрасте от 18 до 68 лет, женщин было 126 (77,7%), острый КН наблюдался у 155 (95,7%) пациентов. Первую группу (ТТЛ) составило 129 пациентов, в т.ч. 6 (3,7%) пациентов с хроническим КН, женщин было 113 (87,6%). Вторую группу (ЛВ) – 53 пациентов с тугоухостью I степени, женщин было – 12 (22,6%).

Результаты и обсуждения. После первого сеанса ТТЛ улучшение было отмечено у 14 (10,8%) пациентов, после третьего сеанса – у 82 (63,5%), после пятого – 123 (95,3%), после седьмого – у 129 (100%). У пациентов с тугоухостью I-II степенью (116 пациентов (89,9%) и сроком заболевания менее 3 дней выздоровление наступило после пяти сеансов. При сроке заболевания до 4 недель, выздоровление наступило после семи сеансов. Необходимо отметить, что после 6-7 сеанса при выполнении тональной аудиометрии определяется костно-воздушный интервал, при макроотоскопии имеет место реактивные изменения барабанной перепонки (б/п), что воспринимается пациентом как некоторое ухудшение слуха. Пациенты с тугоухостью III степени (31 пациент) и сроком заболевания до 5 дней выздоровление наступило к десятому сеансу. У 3 пациентов с тугоухостью IV степени и 6 пациентов с тугоухостью II – III слух восстановился до нормы только в речевом диапазоне.

У пациентов второй группы улучшение отмечено после третьего сеанса у 18 (33,9%), после пятого – 37 (69,8%), после седьмого – 46 (86,7%), к десятому – 52 (98,1%). У женщины с хроническим КН и перфорацией б/п четкого улучшения слуха по данным тональной аудиометрии и надпороговых тестов не наступило. В ходе проведенного исследования осложнений не выявлено.

Выводы: использование ТТЛ высокоэффективно в лечении ОКН и ХКН и может быть рекомендовано для более широкого применения. Применение лазеротерапии достаточно эффективно у пациентов с ОКН и тугоухостью I степени и может быть рекомендовано как метод выбора, когда другие методики – невыполнимы и/или противопоказаны. Необходимо дальнейшее изучение и усовершенствование данных методик, что позволит расширить или сузить показания к их применению, определить пороги эффективности и целесообразности.

Кузьменко О.О., Вакуленко И.П., Шульженко А.И., Кузьменко Н.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АНАТОМИИ ШЕИ И ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ

Актуальность. На сегодняшний день, в условиях военного конфликта, одной из сложнейших и актуальных проблем неотложной хирургии являются осколочные и пулевые ранения области шеи. Ранняя диагностика и точное определение локализации патологического процесса остаются основополагающими факторами дальнейшего успешного лечения. Безусловно, будучи неинвазивным, быстро выполнимым и высокоинформативным ультразвуковое исследование является ведущим методом в ранней диагностике различных патологических процессов мягких тканей шеи. Данный обзор рассматривает анатомические ультразвуковые особенности структур, расположенных в подъязычной области шеи.

Целью данного исследования явилось повышение эффективности ультразвукового метода исследования в изучении анатомии подъязычного (инфрагиоидного) отдела шеи.

Материалы и методы. Проведено 32 ультразвуковых исследования мягких тканей шеи на аппарате Aloka-Hitachi F35, используя линейный высокочастотный датчик с частотой 8-14Гц.

Результаты. В процессе исследования инфрагиоидного отдела шеи выделены следующие анатомические пространства: висцеральное, переднее шейное, заднее шейное, каротидное, заглоточное и перивертебральное. Висцеральное пространство содержит щитовидную железу, паращитовидные железы, гортань, гортаноглотку, шейный отдел трахеи и пищевод, возвратный гортанный нерв. Каро-

тидное пространство состоит из двух частей, отходящих от основания черепа к дуге аорты и ограничены тремя слоями глубокой шейной фасции. В пространстве проходят внутренняя сонная артерия, внутренняя яремная вена, черепные нервы (IX – XII), симпатическое сплетение (надподъязычный отдел), общая сонная артерия, внутренняя яремная вена, блуждающий нерв (подъязычный отдел). Заглоточное пространство представляет собой срединное пространство, содержащее жировую ткань и проходит от основания черепа до верхнего средостения. Оно располагается сзади от глотки и шейного отдела пищевода, впереди от перивертебрального пространства. В превертебральное пространство входят превертебральные мышцы (длинные мышцы шеи и головы), лестничные мышцы (передняя, средняя и задняя), нервы плечевого сплетения, диафрагмальный нерв, позвоночные артерии и вены. Параспинальное пространство образовано параспинальными мышцами и задними элементами шейного отдела позвоночника. Заднешейное пространство представляет собой глубокое пространство, расположенное позади грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Оно содержит добавочный нерв, лимфатические узлы. Переднее шейное пространство располагается за грудино-ключично-сосцевидной мышцей, окружает висцеральное пространство, а сзади ограничено каротидным пространством.

Заключение. Таким образом, в подъязычном отделе шеи выделено шесть основных анатомических пространств. Все они имеют практическое значение как места возможного возникновения и локализации патологического процесса в области шеи. Доскональное знание ультразвуковой анатомии данного региона имеет важное значение для полноты исследования.

Куканов Н.В.

ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина», г. Тула

БИФУРКАЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КРОНАРНОГО РУСЛА

Для классификации бифуркационных поражений использую наиболее простую и распространённую классификацию А. Medina, которая предполагает оценку любого сужения более 50% в каждом из трех сегментов бифуркации: проксимальный сегмент основного сосуда, дистальный сегмент основного сосуда и БВ; стеноз обозначается как 1, его отсутствие – 0. На основании классификации А. Medina поражения 1, 1, 1; 1, 0, 1 и 0, 1, 1 считаются истинными бифуркациями, так как вовлекается боковая ветвь.

Главный принцип бифуркационного стентирования, сформированный Европейским бифуркационным клубом, заключается в том, чтобы стратегия стентирования была настолько простой, насколько позволяет анатомия, рекомендуя в большинстве случаев стратегию с одним стентом в качестве подхода по умолчанию. Эта рекомендация основана на данных рандомизированных исследований, сравнивающих одно- и двухстентовые методики стентирования, в большинстве из которых не удалось продемонстрировать преимущества двухстентовой методики по сравнению с provisional-стентированием. Так, в крупном метаанализе, в который включены 3 265 пациентов из 9 рандомизированных исследований, оценивались отдаленные результаты применения одно- и двухстентовых методик стентирования бифуркаций коронарных артерий. Авторы продемонстрировали, что provisional-стентирование ассоциировалось с более низкой смертностью от всех причин 2,94 против 4,23% по сравнению с пациентами, у которых применялась двухстентовая техника. При этом различий в основных неблагоприятных сердечных событиях (15,8 против 15,4%), инфаркте миокарда (4,8 против 5,5%), реваскуляризации целевого поражения (9,3 против 7,6%) или тромбозе стента (1,8 против 1,6%) между группами не отмечалось.

Согласно рандомизированному исследованию The Nordic-Baltic Bifurcation Study IV с участием 450 пациентов, provisional-стентирование сопоставимо с двухстентовым подходом по неблагоприятным сердечно-сосудистым событиям через 6 (5,5 против 2,2%) и 24 мес. (12,9 против 8,4%). В другом крупном рандомизированном исследовании анализировали provisional-стентирование и технику culotte при истинных БП. По сравнению с более ранними исследованиями частота использования финальной катетер-дилатации составила 95 и 98% в группах provisional-стентирования и culotte соответственно. Первичная конечная точка (смерть от всех причин, инфаркт миокарда и реваскуляризация

целевого сосуда через 12 мес.) была достигнута у 7,7% пациентов в группе provisional-стентирования и у 10,3% пациентов в группе culotte.

Виды бифуркационных стентирований:

1. provisional-стентирования (одностентовое)
2. double kissing crush
3. culotte
4. T / TAP
5. V / STS

1. Provisional-стентирования (одностентовое)

Основные этапы provisional-стентирования: 1 – заведение проводников в главную и боковую ветви; 2 – преддилатация главной ветви; 3 – имплантация стента в главную ветвь (размер стента подбирается по дистальному диаметру сосуда); 4 – проксимальная оптимизация

2. Double kissing crush – Основное различие между классической crush и double kissing crush – выполнение киссингдилатации после раздавливания первого стента. В результате остается только один слой страт в области устья БВ, что облегчает повторную киссинг-дилатацию после стентирования ГВ. Методика double kissing crush превосходит методику crush в конечной частоте успеха киссинг-дилатации и частоте повторных вмешательств, что было показано в исследовании DKCRUSH-I. В исследовании участвовало 311 пациентов, разделенные на две группы Crush и DK Crush (156 и 155). Наблюдение через 8 месяцев после ЧКВ. Частота тромбоза стента составила 3,2% в группе crush и 1,3% в группе DK crush. Частота неблагоприятных сердечных событий за 8-месячный период составила 24,4% в группе Crush и 11,4% в группе DK crush. Выживаемость без реваскуляризации целевого поражения составила 75,4% в группе crush и 89,5% в группе DK crush.

Основные этапы double kissing crush: 1 – заведение проводников в главную и боковую ветви; 2 – позиционирование баллона в главной ветви и стента в боковой ветви; 3 – стентирование боковой ветви (стент позиционируется с выходом на 1-2 мм в главной ветви); 4 – раздувание баллонного катетера в главной ветви с раздавливанием выступающей части стента; 5 – повторное проведение проводника в боковой ветви через ячейку ранее имплантированного стента; 6 – киссинг-дилатация или изолированная дилатация ячейки стента; 7 – удаление проводника и баллонного катетера из боковой ветви и позиционирование стента в главной ветви; 8 – стентирование главной ветви; 9 – проксимальная оптимизация; 10 – повторное проведение проводника в боковой ветви; 11 – финальная киссинг-дилатация; 12 – повторная проксимальная оптимизация

3. Culotte

Основные этапы стентирования по методике culotte: 1 – заведение коронарных проводников в главную и боковую ветви; 2 – предварительная дилатация главной и боковой ветвей; 3 – имплантация первого стента, как правило, в более труднодоступную ветвь бифуркации; 4 – проксимальная оптимизация; 5 – проведение коронарного проводника через ячейку стента в нестентированную ветвь; 6 – дилатация нестентированной ветви для облегчения прохождения второго стента; 7 – имплантация второго стента в нестентированную ветвь с минимальным нахлестом стентов в проксимальном сегменте бифуркации; 8 – повторное проведение проводников через ячейки стентов; 9 – финальная киссинг-дилатация; 10 – повторная проксимальная оптимизация; 11 – финальный результат

Основной недостаток – необходимость повторного проведения проводников через ячейки стента: помимо технической сложности двойной слой стентов в проксимальном сегменте ГВ повышает риск рестеноза в отдаленном периоде. Кроме того, данную методику невозможно применять при выраженной разнице в диаметрах между ГВ и БВ.

4. T / TAP

T-стентирование, как правило, используется, когда угол между ГВ и БВ приближается к 90°. Первый стент имплантируется в БВ с минимальной протрузией в ГВ. Затем проводятся стентирование ГВ, рекроссинг проводников и киссинг-дилатация. Методика обеспечивает эффективную реконструкцию карины, но связана с риском сохранения небольшого участка между ветвями бифуркации, не покрытого стентом, что впоследствии может привести к рестенозу. По этой причине техника была в значительной степени заменена модифицированной методикой TAP.

Основные этапы выполнения TAP-стентирования: 1 – заведение коронарных проводников в главную и боковую ветви; 2 – предварительная дилатация главной и боковой ветвей; 3 – стентирование

главной ветви; 4 – проксимальная оптимизация; 5 – проведение коронарного проводника через ячейку стента в нестентированную ветвь, ее дилатация; 6 – позиционирование в боковой ветви стента так, чтобы полностью покрыть устье боковой ветви с протрузией на 1-2 мм в стент главной ветви; 7 – позиционирование в главной ветви баллона для последующей криссинг-дилатации; 8 – раздувание стента в боковой ветви, в то время как баллон в главной ветви находится в нераздутом состоянии; 9 – частичное извлечение баллона в боковой ветви и его выравнивание по баллону в главной ветви, выполнение криссинг-дилатации. 10 – выполнение проксимальная оптимизация

5. V / STS

Техники стентирования V и STS, как правило, применяются при поражениях типа 0, 1, 1 по классификации A. Medina, то есть при вовлечении дистального участка ГВ и устья БВ без значимого поражения проксимальной части основной ветви. Основное преимущество данных методик заключается в технической простоте (нет необходимости в рекроссинге проводников и повторной криссинг-дилатации). Главные недостатки: 1) образование неокарины из страт стента, что в дальнейшем может затруднить проведение через данный участок стентов и других инструментов; 2) невозможность проксимальной оптимизации; 3) использование проводникового катетера большего размера (7 Fr) при значительном диаметре ветвей бифуркации.

Основные технические этапы выполнения: 1) заведение проводников в главную и боковую ветви; 2) позиционирование стентов в ГВ и БВ с выходом на 1-2 мм от устья каждой ветви (при STS-стентировании стенты позиционируются с полным перекрытием области бифуркации); 3) одновременное раскрытие стентов в главной и боковой ветвях [31; 32]. С учетом малой доказательной базы выполнения нельзя рекомендовать стентирования V и STS для рутинного применения и следует использовать в отдельных клинических ситуациях с подходящей коронарной анатомией.

Исследование Nordic Stent Technique с результатами 36-месячного наблюдения. Было проанализировано 424 пациента с БП и выполнением стентирования техниками crush и culotte. Через 36 месяцев частота неблагоприятных сердечных событий составила 20,6% против 16,7%, частота рестенозов 11,5% против 6,5% и тромбоз стента 1,4% против 4,7% в группах crush и culotte соответственно.

Исследование Bifurcations Bad Krozingen (BBK) II сравнивало группу из 300 пациентов, которым было выполнено стентирование техниками culotte и TAP. Применение culotte ассоциировалось с меньшей частотой рестеноза в отдаленном периоде (6,5 против 17%).

В исследовании DKCRUSH-III включили 419 пациентов, которых рандомизировали в соотношении 1 : 1 в группы double kissing crush и culotte. Через три года пациенты в группе culotte демонстрировали более высокую частоту неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (23,7 против 8,2%) и тромбоза стента (3,4 против 0%). Рестеноза в отдаленном периоде (6,5 против 17%)

Кулемзина Т.В., Криволап Н.В., Красножен С.В., Моргун Е.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ФИЗИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА КАК ПАРАДИГМА СИСТЕМЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

С 01 апреля 2021 года в «Номенклатуру должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (согласно Приказу Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.02.2021г. № 309) введена должность «врач физической и реабилитационной медицины». В Российской Федерации специальность «врач физической и реабилитационной медицины» (ФРМ) введена в номенклатуру с января 2020 года и с этого времени постепенно внедряется во все медицинские учреждения. ФРМ - мультидисциплинарная научно-клиническая специальность, объединяющая физическую медицину, включающую методы и средства, используемые для лечения пациентов и реабилитационную медицину, применяющую методы и средства коррекции последствий инвалидизирующих заболеваний и повреждений.

Подготовка врача ФРМ рассчитана на 1008 часов, в результате освоения которой врач получает право и обязан формировать мультидисциплинарную реабилитационную бригаду для обеспечения

качества оказания медицинской помощи реабилитационного направления и контролировать процесс на всех его этапах. Программа профессиональной переподготовки способствует приобретению врачом профессиональных навыков, необходимых для формирования персонифицированных программ реабилитационных и абилитационных мероприятий в системе оказания специализированной и первичной медицинской помощи, медицинской профилактики, паллиативной помощи, а также медико-социальной экспертизы по вопросам назначения технических средств реабилитации.

Пациенто-ориентированный принцип, заложенный в базис ФРМ, реализуется путем междисциплинарного подхода, осуществляемого мультидисциплинарной бригадой (МДБ), в состав которой входят: врач-клиницист по профилю оказываемой помощи, инструктор-методист и врач ЛФК, врач и медсестра по физиотерапевтическому лечению, рефлексотерапевт, эрготерапевт, медсестра по массажу, логопед, клинический психолог (психотерапевт), медицинская сестра. Подходы ФРМ применимы к пациентам с хроническими заболеваниями, после травм, оперативных вмешательств, с врожденной инвалидностью. Соответственно, ФРМ эффективна как для лечения основного заболевания и его осложнений, их предотвращения, уменьшения выраженности нарушений и дисфункций, так и для улучшения функционирования и активности, возможности социального участия пациента.

Важными квалификационными требованиями, предъявляемыми к врачу ФРМ, являются: хорошие личностные коммуникативные навыки, а также способность обучать и общаться с пациентами и членами их семей.

Осуществляемое совершенствование системы подготовки специалистов ФРМ имеет целью расширить знания, умения и навыки врача по рефлексотерапии, физиотерапии и лечебной физкультуре с последующим исключением узких специалистов из состава МДБ.

Отличительной особенностью ФРМ является использование не только международной классификации болезней (МКБ), но и Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ), домены которой должны использовать и все специалисты, входящие в состав МДБ.

Деятельность специалистов ФРМ детерминируется целостным подходом. Применяемые технологии базируются на принципах доказательной медицины, а их эффективность иллюстрируется предупреждением и коррекцией возможных нарушений (как органических, так и функциональных), восстановлением и сохранением профессиональной трудоспособности, улучшением качества жизни и социальной интеграции пациента.

Куликова О.А., Орлова Е.А.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Пенза

ЛЕЧЕНИЕ ИММУНОКОРРЕКТОРОМ КИП НАЗАЛЬНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫХ ФОРМ РИНИТА: АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИСУСИТОМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Риниты относятся к социально значимым и широко распространенным заболеваниям. Часто течение аллергического ринита осложняется хроническим риносинуситом бактериальной этиологии, то есть формируется замкнутый круг, инфекционный процесс утяжеляет аллергический и наоборот. Необходимость комбинированной терапии аллергического ринита в сочетании с хроническим риносинуситом бактериальной этиологии (АР с ХРСБЭ) определяется сложностью патогенеза этого состояния. В нашем исследовании показана динамика клинической картины при проведении комплексной терапии с включением КИП назальный. КИП назальный представляет собой лиофилизированный белковый раствор, содержащий иммуноглобулины классов IgG, IgA, IgM, выделенные из плазмы крови человека. КИП назальный имеет высокий титр антител против широкого спектра бактерий, что обеспечивает эффективное клинко-иммунологическое лечебное воздействие препарата у пациентов с изучаемой нозологией.

Цель исследования. Оценить особенности клинического течения АР с ХРСБЭ на фоне лечения иммунокорректором КИП назальный.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 90 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет, из которых 60 человек получали КИП назальный с базисной терапией, 30 – базисную терапию. Эффективность препарата оценивалась на основании регресса симптомов в конце года наблюдения (снижение частоты обострения и выраженности клинических симптомов, уменьшение объемов принимаемой терапии, повышение контроля АР с ХРСБЭ). С целью оценки клинической эффективности использовались шкалы контроля ринита, а также визуально аналоговая шкала (ВАШ).

Результаты. На фоне лечения КИП назальным, у пациентов с АР с ХРСБЭ отмечалось улучшение клинической картины в различной степени. На 7-10 день у 90% пациентов с комплексной терапией отмечались регресс симптомов заболевания. В 75% случаев удалось добиться стойкой ремиссии. За период наблюдения ни у одного пациента с АР с ХРСБЭ не было зарегистрировано тяжелых обострений. В группе пациентов, принимающих только базисную терапию, не удалось достигнуть ремиссии. Через год наблюдения в 40% случаев пациенты первой группы отказались от применения интраназальных глюкокортикостероидов, в отличие от второй группы, где этот процент составил всего 5,88. В исследовании получены данные, что КИП назальный приводит к изменению течения и развития АР с ХРСБЭ, на это указывает полученные данные о снижении применения базисных препаратов. При расчете опросника контроля течения АР с ХРСБЭ по формуле с учетом частоты и выраженности назальных симптомов и потребности в медикаментах установлено, что на фоне применения иммунокорректора улучшается контроль ринита и снижается потребность в симптоматических базисных препаратах. При использовании КИП назальный суммарный балл снизился с 13 до 4, в то время как у больных второй группы такой тенденции не было. Суммарный балл во второй группе составил 10 баллов. Оценка ВАШ показала, что после терапии КИП назальный у больных с АР с ХРСБЭ повысился контроль ринита. Показатели в первой группе снизились с 7,3 до 2,7 баллов, в то время как во второй группе такой тенденции не было. Клиническая эффективность применения КИП назальный с учетом отличных и хороших результатов составила в конце наблюдения 75,00%, в то время как применение базисной терапии обеспечило те же результаты только в 26,68% случаев.

Выводы. КИП назальный позволяет добиться длительной ремиссии АР с ХРСБЭ, сокращает рецидивы заболевания, что приводит к уменьшению объема и длительности применения базисных противовоспалительных и противоаллергических препаратов.

Куницкий Ю.Л., Антонюк О.С., Zubov A.D., Шаповалов И.Н., Денисов А.В., Христуленко А.А., Чегодаев М.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, СОЧЕТАННОЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ВТОРИЧНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Актуальность: В структуре сочетанных заболеваний пищеварительного тракта наиболее часто сочетаются желчнокаменная (ЖКБ), язвенная болезни и панкреатит (30-69%), их осложнения, в том числе в различной их комбинации. Вместе с тем, вопросы хирургической тактики, выбор объема и метода хирургического пособия у больных данной категории далеки от своего разрешения.

Цель: оценка эффективности использования малоинвазивных, симультанных и этапных операций, у больных с ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью (ЯБ), хроническим панкреатитом.

Материалы и методы: Анализ хирургического лечения 350 больных с ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью и панкреатитом. Основная группа-26, контрольная-25 больных.

Результаты и их обсуждение: Основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения. Возраст больных основной группы варьировал от 27 до 89(60,0±4,9) лет. Мужчин было 95(45,7%), женщин-113(54,3%). В плановом порядке госпитализированы 75(36,1%), в неотложном – 113(63,9%) больных. Длительность основного заболевания вариировала от 1 месяца до 30 (5,3±6,6) лет, ургентных боль-

ных от 3,5 до 144(43,4±5,4) часов. Хронический калькулезный холецистит имел место у 75(36,1%), острый калькулезный холецистит у 65(31,3%), ЖКБ, вторичный билиарный панкреатит у 42(20,3%), ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха у 26(12,5%) больных. Перитонит у больных основной группы диагностирован у 22(16,5%), механическая желтуха у 37(17,8%), холангит у 14(10,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки подтверждена у 168(80,8%), язвенная болезнь желудка у 13(6,3%). В анамнезе 29(13,9%) больных перенесли операции по поводу различных осложнений язвенной болезни. Язвенная болезнь в стадии обострения на момент госпитализации диагностирована у 61(29,3%) больного. При хирургическом лечении больных основной группы разработан индивидуальный комплексный подход, в основе которого лежит использование симультанных и этапных операций, выполнением миниинвазивных вмешательств. При ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом, вторичным панкреатитом использовали 3-х этапный метод лечения: 1. пункционная транспеченочная холедохостомия под контролем УЗИ с последующим курсом противоязвенной и противопанкреатической терапии. После снижения билирубинемии до безопасного уровня (50 мкмоль/л.) выполняли 2. эндоскопическую папиллосфинктеротомию, 3. лапароскопическую холецистэктомию. Симультанные операции по поводу сочетанной язвенной болезни у больных основной группы выполняли при осложненных формах и высоком риске развития осложнений с ее стороны. Миниинвазивные хирургические вмешательства у больных основной группы выполнены у 101(48,6%), симультанные операции у 74(35,6%) больных. Лапароскопические симультанные (19-25,7%), этапные оперативные вмешательства 23(17,3%) выполнены у 42(59,2%) больных. Выводы: Разработанный индивидуальный комплексный подход к хирургическому лечению больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы позволил уменьшить количество осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни и панкреатита у больных основной группы в ближайшем послеоперационном периоде с 26,5% до 1,9%.

Куницкий Ю.Л., Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Денисов А.В., Христуленко А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО И МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Актуальность: Диагностика неотложных состояний при отсутствии высокоинформативных методов исследования (УЗД, КТ, диагностическая лапароскопия), особенно в ситуации районной больницы, где в ночное время эти методы диагностики недоступны, основана на клиническом опыте врача-хирурга. Кроме того, массовое поступление больных в условиях боевых действий, производственной травмы (шахтная травма в результате взрыва метана) делает своевременную диагностику этими методами исследования невозможными. В данной ситуации для исключения повреждений, угрожающих жизни пострадавшего решающим фактором является время. В подобной ситуации единственный эффективный метод инструментальной диагностики- лапароцентез.

Цель: обосновать использование лапароцентеза, как наиболее эффективного диагностического метода в ургентной ситуации.

Материалы и методы: Наблюдения охватывают 134 больных. 93(69,4%) больных составили группы: ДТП-28(30,1%), шахтная травма-58(62,4%), авиакатастрофа-7(7,5%) больных. Пострадавших от огнестрельных ранений (пулевое, осколочное), минно-взрывной травмы в условиях реальных боевых действий в условиях локального вооруженного конфликта в Донбассе было 41(30,6%) больной.

Результаты и их обсуждение: Поставленную задачу решали тем, что после троакарной пункции брюшной полости ниже пупка в типичном месте в последнюю вводили «шарящий» катетер. При получении крови вопрос решали однозначно: показана лапаротомия. При отсутствии крови через шарящий катетер вводили 400,0 мл. 0,9% физиологического раствора с получением обратного тока всей введенной жидкости, извлекали введенную жидкость из брюшной полости, проводили микроскопию и биохимическое исследование и, при лейкоцитах на все поле зрения диагностировали гнойный перитонит, α -амилазы с уровнем 16-2014 ед.- ферментативный перитонит, характерный для острого

панкреатита. Именно при объеме 400.0 мл., введенного в брюшную полость есть возможность получить патологическое содержимое из брюшной полости. Даже в том случае, если есть прикрытая перфорация полого органа и количество патологического содержимого небольшая (3.0-5.0 мл.), при разведении 400.0 мл. введенного физиологического раствора в брюшную полость указанное количество содержимого может быть изъят для микроскопического и лабораторного контроля. Проведение брюшинного лаважа при острой хирургической патологии объемом 2000.0 мл. физиологического раствора значительно снижает интоксикацию, улучшает состояние больного и, при соответствующем установленном диагнозе, может быть использован в качестве предоперационной подготовки. Дренажную трубку, при отсутствии информации, оставляли на 3 суток с ежедневным контролем микроскопии и данных биохимии.

Выводы: предложенный способ диагностического и лечебного лапароцентеза при закрытой травме живота и острых хирургических заболеваниях позволяет: 1. Безошибочно диагностировать повреждение внутренних органов при закрытой травме живота; 2. Провести дифференциальную диагностику между гнойным и ферментативным перитонитом при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости; 3. Значительно уменьшить интоксикацию, использовать способ для переперационной подготовки, или для временного основного метода лечения.

Куницкий Ю.Л., Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Денисов А.В., Христуленко А.А., Харьковский В.А., Верхулецкий Е.И., Кирьякулова Т.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СТРУКТУРА МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ И ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Цель: Изучить структуру минно-взрывной травмы (МВТ), в соответствии с которой рекомендовать лечебно-профилактические мероприятия.

Материалы и методы: Анализу подвергнуты результаты оказания неотложной хирургической помощи 280 раненым и пострадавшим в ходе локального вооруженного конфликта в Донбассе с 2014 по 2021 г.: в ЦГКБ №1 (n=146), Республиканском травматологическом центре (n=72), городской клинической больнице № 21 (n=62) г.Донецка. Мужчин было 242(86,4%), женщин 38(13,6%). Из них военнослужащих 205(73,2%), гражданских лиц 75(26,8%). Используются клинические, лабораторные, инструментальные, статистические методы исследования.

Результаты и их обсуждение: Превалирующим видом поражения являлась минно-взрывная травма (МВТ) (252-90,0%). Среди пострадавших от МВТ непроникающие осколочные ранения получили 138(63,3%). Одиночные 53(38,4%) (слепые-48, сквозные-5). Минно-взрывная травма сопровождается большим количеством комбинированной и сочетанной травмы (29,8%), опасными для жизни осложнениями в виде кровотечения (87,7%) и перитонита (55,4%);

Проникающие ранения при МВТ (включая сочетанные торакоабдоминальные, брюшной полости, грудной клетки) имели место у 85(33,7%) пациентов. Указанные повреждения сопровождались внутрибрюшным, внутриплевральным кровотечением у 78(91,8%), перитонитом у 49(57,6%) пострадавших. Проникающие ранения у пострадавших от МВТ сопровождались повреждением опорно-двигательного аппарата у 21(8,3%), органов мочеполовой системы (почка, мочеточник, мочевого пузыря) у 7(2,8%) зрительного аппарата (обеих глаз) у 4(1,9%) пострадавших. Сочетанные повреждения опорно-двигательного аппарата представлены: открытым переломом крыла подвздошной кости, лобковой, седалищной костями, костями пальцев, предплечья, плечом, копчиковой костью, грудным отделом позвоночника в различной их комбинации с травмой грудной и брюшной полости. У 8 (3,2%) пациентов МВТ (проникающие осколочные ранения) сочеталась с черепно-мозговой травмой. МВТ включает два компонента повреждающего действия: 1. Непосредственное воздействие ранящего снаряда (осколка). 2. Воздействие взрывной волны. В пред- и послеоперационном периоде (до 8 суток после операции) считаем обязательным назначение антистрессовой терапии, целью которой являются: 1. максимальное подавление внутренней секреции поджелудочной железы в виде антисекреторной

терапии в дозировках 100-300 тыс ед. контрикала, (гордокса-100-150 тыс ед.) в сутки (в зависимости от тяжести травмы, либо уровня интоксикации). 2. максимальное подавление секреторной функции желудка путем назначения блокаторов протонной помпы (контралок 80 мг. в сутки); 3. улучшение синтетизирующей функции печени, путем назначения гепатопротекторов (гептрал 10,0 мл. в сутки).

Выводы:

Превалирующим видом повреждения при травме боевого времени является МВТ, которая составляет 90,0% от всех видов повреждений; Следует считать оправданным назначение антистрессовой терапии, основной целью которой является максимальное уменьшение опасности развития послеоперационных осложнений. На периоде медицинской реабилитации все без исключения пострадавшие нуждаются в осмотре смежных специалистов, психолога, особенно дети, люди пожилого и старческого возраста.

Куницкий Ю.Л., Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Денисов А.В., Христуленко А.А., Чегодаев М.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА БОЛИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Цель работы: оценка диагностического значения болевого синдрома у больных с желчнокаменной (ЖКБ), сочетанной с язвенной болезнью (ЯБ) острым, (хроническим) вторичным панкреатитом.

Методы: Изучены результаты хирургического лечения 198 больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы (ГПДС). Контрольную группу составили 68, основную 198 больных.

Результаты: Основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения. Возраст больных – от 27 до 82(50,4+3,7) лет. Мужчин было 93(47,0%), женщин-105(53,0%). В плановом порядке госпитализированы 75(38,0%), в неотложном – 123(62,0%) больных. Хронический калькулезный холецистит имел место у 75(37,9%), острый калькулезный холецистит у 65(32,8%), острый панкреатит у 42(21,2%), механическая желтуха у 16(8,1%) больных, перитонит у 22(22,4%), холангит – у 17(16,8%) больных. Сочетанная язвенная болезнь ДПК выявлена у 152(76,8%) у 5 из них в сочетании со вторичной язвой желудка, язвенная болезнь желудка – у 16(8,1%), вторичный панкреатит у 198(100,0%) больных. 37(18,7%) больных в прошлом перенесли операции по поводу различных осложнений ЯБ. Активная фаза язвенного процесса на момент операции была у 57(28,8%) больных. У 98(49,5%) больных отмечено бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний, что в ряде случаев привело к диагностическим ошибкам и развитию осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. Все больные оперированы. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 19(27,9%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенного генеза через 3,5+4,3 суток после операции. Оно остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза.

В клинике у подавляющего большинства больных (86,4%) доминировали симптомы, характерные для поражения билиарной системы: постоянные, приступообразные боли в правом подреберье, эпигастрии, с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, область сердца. Из других симптомов отмечены: тошнота, горечь во рту, сухость во рту, рвота, повышение температуры тела, сопровождающейся ознобом, общая слабость. У больных с признаками обострения вторичного (билиарного) панкреатита ведущим симптомом была выраженная опоясывающая боль с иррадиацией в спину, поясничную область, либо превалирование их локализации в эпигастриальной области. Отмечены также частая рвота. Только у 2,8% больных наряду с симптоматикой, характерной для желчекаменной болезни отмечены классические симптомы язвенной болезни: периодичность болей, сезонный характер, связь с приемом пищи, наличие голодных, «ночных» болей.

Закключение: Симптоматика, характерная для поражения билиарного тракта при сочетании желчекаменной с язвенной болезнью практически полностью ее подавляла(48,5%), что клинически про-

явилось атипичностью течения указанного сочетания заболеваний, и привело в ряде случаев к диагностическим ошибкам и развитию осложнений в раннем послеоперационном порядке со стороны атипично протекающей сочетанной язвенной болезни. Учет особенностей клинических проявлений у больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы позволили уменьшить количество осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни в ближайшем послеоперационном периоде с 27,9% до 1,4%.

Куницкий Ю.Л., Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Денисов А.В., Христуленко А.А., Чегодаев М.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТРЕССА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ, СОЧЕТАННОЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ВТОРИЧНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Актуальность: Понятие хирургического стресса связывают с хирургическим вмешательством и определяют как совокупность общих и местных патофизиологических реакций организма в ответ на чрезвычайное воздействие особого типа. Результатом хирургического стресса является возникновение ряда осложнений, представляющих непосредственную угрозу для жизни больного.

Цель: выявление механизмов реализации хирургического стресса.

Материалы и методы: В основу работы положен опыт хирургического лечения 195 больных. 1 группа: больные с сочетанными заболеваниями органов ГПДС (n=177), 2 группа: больные с наличием сочетанной травмы и тяжелой интоксикации (n=18).

Результаты и их обсуждение: 1 группа: больные с сочетанием желчнокаменной (ЖКБ), язвенной болезней и панкреатита) (n=177). Возраст больных-от 27 до 82(50,4±3,7) лет. Мужчин было 83(46,9%), женщин-94(53,1%). Хронический калькулезный холецистит имел место у 53(29,9%), острый калькулезный холецистит у 69(39,0%), механическая желтуха у 55(31,1%) больных, перитонит имел место у 20(29,0%), холангит у 15(8,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) выявлена у 136(74,0%), язвенная болезнь желудка-у 14(7,9%), вторичный панкреатит у 177(100,0%) больных. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 18(28,6%) больных контрольной группы в виде желудочного кровотечения язвенного генеза через 3,5+4,3 суток после операции. 2 группа: 18 больных. Мужчин было 8(44,4%), женщин-10(55,6%). Возраст больных от 31 до 84(65,9±5,9) лет. а) больные с синдромом тяжелой интоксикации (n=14): мочекаменная болезнь, уросепсис, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, острая задержка мочевого выделения-3, колоректальный рак, осложненный перфорацией, разлитым каловым перитонитом-3, острая сосудистая недостаточность кишечника-1, атеросклеротическая гангрена ног-3, инфекционный менингит-1. бульозно-некротическая форма рожи с тотальным поражением ноги-1, ОКН в стадии декомпенсации-1, прикрытая перфорация язвы ДПК с формированием подпеченочного абсцесса-1). Осложнения со стороны органов ГПДС были следующими: 1. ОЖКК развилось в 5 больных в сроки от 2 до 4(2,6±11,7) суток; 2. перфорация язвы ДПК у 4 больных в сроки от 1 до 4(2,3±12,7) суток. Панкреонекроз диагностирован у 1 больной. б). больные, перенесшие тяжелую сочетанную травму(n=4): множественный перелом костей таза (n=1), оскольчатый открытый перелом левого бедра (n=1), перелом шейки левого бедра (n=1), повреждения позвоночника (n=1). У всех больных сочетанная травма сопровождалась травматическим шоком тяжелой степени. Осложнения со стороны органов ГПДС были следующими: острый деструктивный калькулезный холецистит развился у 3 больных в сроки от 7 до 8(7,6±14,7) суток, в 1 больной перфорация язвы ДПК развилась на 6 сутки после протезирования тазобедренного сустава. Среди больных данной группы (n=18) по поводу основного заболевания оперированы 17, умерло 7(38,9%) больных от осложнений со стороны органов ГПДС. При исследовании биохимических показателей в предоперационном периоде у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС уровень α -амилазы крови составил 89-2014(1053±8,7) ед. у всех без исключения больных.

Выводы: При политравме, синдроме интоксикации, острых хирургических заболеваниях возникновение осложнений со стороны органов ГПДС являются проявлением хирургического стресса. «По-

вреждающий фактор» реализуются активацию желез внутренней и внешней секреции, в том числе ферментов поджелудочной железы.

Куприянов Ю.Ю., Сычев И.В., Альнасеров М., Пушкина Я.А., Гончарова Л.Н.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», Медицинский институт, г. Саранск

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОИМ БЕЗ ОБСТРУКЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Введение. В настоящее время наиболее распространенной причиной смерти во всем мире являются сердечно-сосудистые заболевания, где на ишемическую болезнь сердца (ИБС) приходится 29,1%. Наиболее частой причиной летального исхода у больных ИБС является острый инфаркт миокарда (ОИМ). Немаловажное значение имеет инфаркт миокарда без обструкции коронарных артерий (ИМБОКА), где согласно данным отечественной и зарубежной литературы, его распространенность варьирует от 1 до 25% от общего числа пациентов с ОИМ. Несмотря на мало измененные коронарные артерии, частота неблагоприятных сердечно-сосудистых событий составляет 3,1%, а также наблюдается тенденция к более высокой частоте некардиальных смертей. Важное значение имеет выявление факторов риска (ФР) развития ИМБОКА, учитывая патогенетические особенности развития данного варианта ИМ, что позволит в дальнейшем индивидуализировать тактику ведения больного.

Цель исследования. Изучить распространенность модифицированных факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ИМБОКА по данным коронароангиографии (КАГ).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС) в количестве 224 человек, которые были разделены в соответствии с клиническим вариантом и степенью обструкции коронарных артерий по результатам КАГ. В первую группу вошло 39 человек с развитием ИМБОКА со средним возрастом 60,7±10,2 лет, из них 18 мужчин (46,2%) и 21 женщина (53,8%). Во вторую группу вошло 185 пациентов, у которых ОИМ возник на фоне обструкции атеросклерозом коронарных артерий (ИМОКА), средний возраст данных пациентов составил 62,9±9,5 лет, из них 76 пациентов это лица женского пола (41,08%), а 109 пациентов – мужского (58,92%). В дальнейшем было проведено изучение распространенности модифицируемых факторов риска развития ОИМ в сравнении между указанными группами.

Результаты исследования. Анализируя распространенность модифицируемых факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений, было выявлено, что как в группе ИМБОКА, так и ИМОКА курение встречалось у лиц исключительно мужского пола, но чаще в группе ИМБОКА (61,9%). В 100% случаях у пациентов с ИМБОКА артериальная гипертензия (АГ) являлась фоновой патологией. В группе больных ИМОКА частота АГ составила 91%. Наибольшая частота ожирения встречалась в группе больных с ИМОКА (81%), относительно пациентов ИМБОКА (62%). Повышение общего холестерина наблюдалось у 64,7% пациентов с ИМОКА, относительно 51% пациентов с ИМБОКА. Иные показатели липидограммы не дали статистически значимых различий между изучаемыми группами.

Выводы. Анализ распространенности модифицируемых факторов риска между изучаемыми группами показал, что статистически значимых различий по основным РФ выявлено не было. Обращает внимание, что у пациентов с ИМБОКА в 100% случаев выявлена артериальная гипертензия.

Курушина О.В., Воробьев А.А., Андриющенко Ф.А., Зозуля Е.Ю., Нежинский Д.И.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград
Федеральный центр поддержки разработки и производства экзопротезов и экзоскелетов
Волгоградский научный медицинский центр

ВОЗМОЖНОСТИ ЭКЗОСКЕЛЕТА «ЭКЗАР-34» НА ПРИМЕРЕ АБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С КОНЕЧНОСТНО-ПОЯСНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ

Введение. Конечностно-поясные мышечные дистрофии – гетерогенная группа генетических миопатий, с преимущественным поражением мышц плечевого и тазового поясов, проявляющихся прогрессирующей слабостью и атрофией мышц. Медицинское сопровождение пациентов складывается из медикаментозных и немедикаментозных методов, направленных на сохранение функций пораженных мышц, снижение темпов прогрессирования заболевания, профилактику и коррекцию аномалий опорно-двигательного аппарата, таких как сколиоз и суставные контрактуры. Для решения этих задач активно используются различные ортезы и экзоскелеты, в частности отечественная разработка – пассивный экзоскелет верхних конечностей «ЭКЗАР-34». Спектр заболеваний, при которых может быть использован «ЭКЗАР-34» растет, он уже успешно показал себя у больных болезнью двигательного нейрона [4], амиотрофии Верднига-Гоффмана. Поскольку показанием к применению экзоскелета «ЭКЗАР-34» служит периферический пара-/монопарез верхних конечностей с сохранением остаточной силы в дистальных отделах рук, стало возможным применить его и у пациента с конечностно-поясной мышечной дистрофией.

Цель. Оценить возможности экзоскелета «ЭКЗАР-34» на примере абилитации пациента с конечностно-поясной мышечной дистрофией.

Полученные результаты. Нами был проанализирован клинический случай. Пациент 24 лет с установленным диагнозом конечностно-поясная мышечная дистрофия. Из анамнеза: молодой человек рос и развивался согласно возрасту, активно занимался спортом, в частности занимался в секции единоборств. В возрасте 17 лет стал отмечать слабость и быструю утомляемость в мышцах ног, тазового пояса, спины, что сопровождалось затруднениями ходьбы по прямой, подъеме по лестнице, по мере прогрессирования заболевания, стал отмечать трудности при подъеме из положения сидя в положение стоя, раскачивающуюся («утиную») походку. Обращался за помощью в медицинские организации по месту жительства, получал общеукрепляющую терапию, курсы массажа – без эффекта. В июле 2022 года обратился за помощью в неврологическое отделение ГБУЗ «ВОКБ №1» г. Волгограда, где на основании клинических и инструментально-лабораторных данных был выставлен диагноз. Из данных осмотра в рамках исследования обращает на себя внимание периферический тетрапарез, сколиотическая деформация 1 степени, деформация стоп по типу «полой стопы». Сила мышц верхней конечности 4 балла в дистальной группе D=S, 3 балла в проксимальной группе справа и 2 балла слева, сила мышц нижней конечности 4 балла в дистальной группе D=S и 3 балла в проксимальной группе D=S. Объем активных движений в плечевых суставах: справа сгибание – 90 градусов, отведение 90 градусов, слева соответственно 70 и 80 градусов. Вышеописанные нарушения серьезно ограничивали повседневные действия пациента, что также отразилось на его психоэмоциональном состоянии (пациент набрал 20 баллов по результатам тестирования с помощью опросника Бека). В федеральном центре поддержки разработки и производства экзопротезов и экзоскелетов по индивидуальному заказу был изготовлен мобильный пассивный экзоскелет с креплением к индивидуальному жакету. При использовании аппарата было зарегистрировано увеличение амплитуды движений в плечевых суставах (удалось повысить объем активных движений в обеих руках до 135 градусов), что расширяет спектр возможных движений и автономность пациента, кроме того корсет обеспечивает физиологическое положение осанки, что предотвращает дальнейшую сколиотическую деформацию позвоночника. Немаловажным будет отметить позитивный настрой пациента и его желание активной выполнять комплексы лечебно-физкультурных упражнений.

Выводы. Можно сделать вывод о положительном опыте применения экзоскелета «ЭКЗАР-34» при конечностно-поясной мышечной дистрофии. Аппарат повышает объем активных движений в верхней конечности, предотвращает формирование контрактур суставов и сколиотической деформации позвоночника, увеличивает двигательную активность, что способствует повышению автономности пациента.

Курышева О.А., Мацынина Н.И., Якимчук Н.И., Михеева А.А., Шарко Е.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

МЕКОНИАЛЬНЫЙ ИЛЕУС: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Мекониальный илеус является одной из клинических форм муковисцидоза. На фоне скопления большого количества мекониальных масс в дистальном отделе тонкой кишки (подвздошная кишка) еще в утробе матери возникает кишечная непроходимость.

Цель работы. Изучить клинические проявления заболевания на примере конкретного пациента с мекониальным илеусом.

Материалы и методы исследования. Приводим случай наблюдения пациента с мекониальным илеусом на основании изучения истории болезни и амбулаторной карты пациента.

Результаты. Девочка, 2 месяцев поступила в педиатрическое отделение ГБУ «ГДКБ №1 г. Донецка» в декабре 2020 года с жалобами на водянистый стул из илеостомы, срыгивания во время и после кормления свежей и створоженной молочной смесью, отсутствие прибавки массы тела. При перинатальном скрининге патология плода не выявлена. Со вторых суток жизни у ребенка отмечалось резкое вздутие живота, рвота, отсутствие стула. Ребенок консультирован детским хирургом, установлен диагноз: полная врожденная низкая кишечная непроходимость, проведено оперативное лечение: лапаротомия, наложение илеостомы. При неонатальном скрининге отмечалось повышение иммунореактивного трипсина. Проведено исследование хлоридов пота, данный показатель составил 130 ммоль/л. Ребенок консультирован педиатром РДКБ, установлен диагноз: муковисцидоз с панкреатической недостаточностью.

При поступлении в клинику общее состояние ребенка тяжелое. Вскармливание искусственное – смесь «NAN Opti PRO», 90-120 мл через 2,5-3 часа. Срыгивает во время и после кормления свежей и створоженной молочной смесью (около 30-40 мл). Вес при поступлении 2850 г (дефицит массы тела 35%). На передней брюшной стенке по срединной линии – послеоперационный рубец 10 см без признаков воспаления, справа в подвздошной области функционирует илеостома без признаков воспаления.

В анализе крови выявлена анемия средней степени тяжести. Регистрировались гипокальциемия, гипопротейнемия. В копроцитограмме – значительное количество нейтрального жира. Бактериологическое исследование кала – патогенные и условно-патогенные микроорганизмы не выявлены. Исследование эластазы кала не было проведено из-за технических сложностей (отсутствие реагентов). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек – нормальная эхокартина.

После проведенных исследований установлен диагноз: Муковисцидоз с панкреатической недостаточностью. Состояние после операции: мекониальный илеус, лапаротомия, наложение илеостомы. Белковоэнергетическая недостаточность III степени (дефицит массы тела 34%). Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, синдром угнетения, ранний восстановительный период. Открытое овальное окно. Анемия средней степени тяжести.

В отделении ребенок получал терапию: смесь «NAN Opti PRO», «Микразим», витамины А, Е, Д, «Урсофальк», гигиенический уход за стомой. На фоне проводимого лечения состояние девочки улучшилось, уменьшились срыгивания, нормализовалась консистенция стула, ребенок прибавил в весе 440 г.

Заключение. Таким образом, пациенты, перенесшие мекониальный илеус при рождении, продолжают оставаться сложной категорией больных, несмотря на разработанную и успешную терапию мекониального илеуса при ранней диагностике заболевания по неонатальному скринингу. Такие дети нуждаются в расширенном, пролонгированном наблюдении.

Кустов Д.Ю.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У КРЫС ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ВЕЩЕСТВА P В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Для ревматоидного артрита (РА) характерны быстрая утомляемость, потеря подвижности и изнуряющий болевой синдром. Именно ярко выраженный болевой синдром в области пораженных суставов существенно влияет на качество жизни пациентов и является ведущей жалобой при обращении. Интенсивность боли является показателем активности патологического процесса, тогда как хронизация заболевания не всегда является маркером нарушения функциональности суставов и выраженности болевого синдрома.

Невзирая на пристальное внимание мировой науки к вопросу изучения боли, последствия воздействия болевого стимула, как на врожденный, так и на приобретенный иммунитет, на сегодняшний день наименее изучены. В данной проблематике одним из актуальных направлений медицинских исследований является изучение нейропептидов.

К таким нейропептидам относится вещество P (Sub P). Функционируя как иммуномодулятор и нейромедиатор, данное вещество, так или иначе, принимает активное участие в формировании ответа на болевой раздражитель через ноцицептивную систему, в зависимости от вида боли.

В работе изучали изменения показателей белой крови и времени свертывания крови самцов крыс до и после введения Sub P на фоне развития РА. Было обнаружено, что развитие РА приводит к росту уровня лимфоцитов, тогда как показатели эозинофилов, моноцитов и нейтрофилов продемонстрировали снижение. Время свертывания также резко возросло на фоне развившегося аутоиммунного процесса. В результате длительного введения испытуемым крысам подкожно Sub P лейкоцитарная формула показала тенденцию к нормализации. Время свертывания крови при этом резко сократилось до уровня, более низкого, чем у интактных особей.

Кухарчик Ю.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Введение. Имеющаяся в современном мире тенденция планирования беременности в возрасте старше 30-35 лет делает проблему миомы матки и беременности особенно актуальной.

Цель. Провести анализ особенности течения беременности у женщин с миомой матки в зависимости от проводимого ей лечения в течение гестации.

Материалы и методы. Обследовано 48 женщин. Первая группа – 23 женщины с беременностью и миомой матки, которым назначалась терапия с включением дидрогестерона (10 мг 2 раза в сутки) продолжительностью до 28 недель гестации. Вторую – 25 пациенток с беременностью и миомой матки, которым прием дидрогестерона (10 мг 2 раза в сутки) осуществлялся до 17-18 недели. Статистическая обработка полученных данных производилась с применением статистических пакетов Statistica 10.0.

Результаты. Женщины, участвующие в исследовании статистически сопоставимы по возрасту, сроку гестации, размерам миомы матки. В ходе проводимого исследования нами установлено, что в I триместре гестации клинические признаки угрожающего самопроизвольного выкидыша отмечались у пациенток обеих групп. Женщины в первой и второй группах в схемах сохраняющей терапии с этого срока беременности получали гестагены с сопоставимой частотой. Следует отметить, что срок начала приема гестагенов у пациенток второй группы достоверно меньше – $7,11 \pm 0,47$ недели против

10,14±0,43 недель в первой группе ($p<0,05$). В обеих группах отмечен незначительный рост миомы матки. Процент пациенток с увеличением размеров миоматозных узлов во второй группе достоверно выше – 52% пациенток против 26,1% женщин первой группы.

Количество пациенток с угрожающими преждевременными родами во второй группе (44%) была достоверно больше, чем в первой группе (21,7%) ($p<0,05$). Клинически подтвержденные признаки предлежания плаценты выявлены у 8% женщин второй группы, ни в одном случае в первой группе ($p<0,05$). Ультразвуковые маркеры хронических плацентарных нарушений установлены у 100% обследованных второй группы, что достоверно выше, чем в первой группе – 82,6% ($p<0,05$). Следует отметить, что частота преждевременного разрыва плодных оболочек между двумя группами обследованных достоверных отличий в частоте (первая группа – 4,3%; вторая группа – 8%), в сроке беременности (первая группа – 270,3±1,3 дня; вторая группа – 262±1,8 дня) не имела.

В течение всей гестации у обследованных второй группы отмечено достоверно большее увеличение размеров миоматозных узлов. Так, в отличие от пациенток первой группы, у 12% женщин отмечались клинические признаки вторичных изменений миоматозных узлов с 163,2±1,53 дня.

Закключение. Пролонгированная терапия у пациенток с миомой матки во время беременности не только значительно снижает риски осложненного течения беременности, но и является фактором ее благоприятного исхода.

*Кучеренко Н.П., Коваленко Т.И., Лепихова Л.П., Бобровицкая А.И.,
Медведева В.В., Гончарова Л.А.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

Актуальность: этой нозологии обусловлена высоким уровнем инфицированности детского населения, поражением иммунной системы, развитием тяжелых форм заболевания с присоединением бактериальной инфекции, частой хронизацией и риском развития онкологических заболеваний.

Материалы и методы: нами сделан анализ 245 случаев заболеваний у детей, где на предварительном этапе доминировали – длительная лихорадка неясного генеза (анализ проводился в течение 5 лет 2017-2022 гг.). Мальчиков было – 105 (42,9%), девочек – 140 (57,1%); от 1,5 лет до 16 лет (1,5 лет – 3 года – 40 детей, 3 года - 7 лет – 65 детей, 7 лет-10 лет – 75 детей, 10 лет – 14 лет – 40 детей, 14 лет – 16 лет – 5 детей).

Результаты: До поступления в клинику у всех наблюдаемых детей длительность лихорадки составляла от 1,5 – 3 недели до 6 месяцев. Получали амбулаторное или стационарное лечение с использованием нескольких курсов антибиотиков, кортикостероидов, нестероидных противовоспалительных препаратов, инфузионной терапии. Лабораторное подтверждение с использованием полимеразной цепной реакции и иммуноферментного анализа давало возможность поставить окончательный диагноз в сомнительных случаях. Предварительными диагнозами были: аденовирусная инфекция, тонзиллярная форма – 50 случаев, лимфаденит – 100; скарлатина – 5; вирусно-бактериальная инфекция – 36; врожденная цитомегаловирусная инфекция – 6; иерсиниоз и псевдотуберкулез – 45; боррелиоз (болезнь Лайма) – 8. К особенностям инфекционного мононуклеоза следует отнести невысокие цифры атипичных мононуклеаров в периферической крови (5-15%) у 30% наблюдаемых больных в начале болезни отсутствие полного набора синдромов (ангина, тонзиллит – без выпота на миндалинах), умеренная гепатоспленомегалия, а у 32 больных при абдоминальных выявлен мезаденит, подтвержденный ультразвуковым исследованием. У 1/3 обследуемых детей выявлена соматическая патология: болезнь желчевыводящих путей, ювенильный ревматоидный артрит, системные заболевания крови и соединительной ткани, острая ревматическая лихорадка. В комплексном лечении больных использовались: дезинтоксикационная терапия (дифференцированные глюкозосолевые растворы, плазма и плазмозаменители, полиглобулины, веноимун), антибиотики широкого спектра действия (начиная с цефалоспоринов 3 поколения), витамины группы В, вальтрекс, ингибиторы протеаз, дек-

саметазон (при тяжелых висцеральных формах), десенсибилизирующая терапия, гепатопротекторы. У половины наблюдаемых больных не сразу развивалась классическая триада клинических симптомов (тонзиллит, гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия), причем наиболее ранним симптомом являлась лимфоаденопатия; это касалось детей в возрасте до 7 лет. В начале болезни процент атипичных мононуклеаров в гемограмме составил 12 – 15%, а к концу 3-й недели он достигал 45 – 55% при регрессировании клинических симптомов. У 15% больных детей регистрировались так называемые гематологические формы, когда при длительном субфебрилитете, наличие атипичных мононуклеаров в периферической крови, высоких показателях IgM и резко положительной ПЦР к ЭБВ-инфекции практически минимально выражены были классические симптомы; у таких реконвалесцентов уровень IgG оставался повышенным в течение нескольких месяцев; чаще у детей старше 14 лет.

Вывод: у детей особенности течения болезни были представлены наиболее ранним появлением лимфоаденопатии при высоких показателях маркеров инфекционного мононуклеоза. Наряду с этим, важно учитывать поражение висцеральных лимфоузлов, прогрессирующую анемию, лейкопению в дифференциальной диагностике с онкогематологическими заболеваниями.

Кучеренко Н.П., Коваленко Т.И., Лепихова Л.П., Гончарова Л.А., Медведева В.В., Киреев А.В., Бутрий Н.А., Ульянов А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Актуальность: Лайм-боррелиоз (ЛБ) – инфекционное трансмиссивное заболевание, возбудителем которого является спирохета комплекса *Borrelia burgdorferi sensu lato*, а переносчиком – иксодовые клещи. Одним из частых проявлений заболевания выступает поражение нервной системы (нейроборрелиоз), которая характеризуется стадийностью, склонностью к рецидивирующему течению и хронизации. В настоящее время проблема клещевого боррелиоза становится актуальной в связи с повсеместным распространением иксодовых клещей.

Материалы и методы: приводим случай наблюдения пациента с Лайм-боррелиозом.

Результаты: Ребенок 11 лет поступил в клинику детских инфекций с жалобами на высокую температуру тела, боль в горле, желтушность кожи и склер, жидкий стул, многократную рвоту, нарушение сознания, судороги.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что у ребенка слева в области колена отмечалась длительно незаживающая рана, сопровождавшаяся повышением температуры тела.

При поступлении в детское инфекционное отделение общее состояние ребенка крайне тяжелое, без сознания, лихорадит на субфебрильных цифрах. За предметами не следит. На осмотр реагирует кратковременно хаотичными движениями в конечностях, повышением тонуса в конечностях. На вопросы не отвечает, команды не выполняет. Менингеальные симптомы положительные. Умеренная сглаженность правой носогубной складки. Мышечный гипертонус. Правосторонний гемипарез. Тургор тканей снижен. В области коленного сустава слева ссадина под корочкой, гепатоспленомегалия,

При исследовании – в иммуноферментном анализе крови обнаружены специфические антитела класса IgG к антигену *viseE Borrelia burgdorferi*; IgM к возбудителям иксодовых клещевых боррелиозов 6 аг – *Borrelia afzelii* и антигену *BmprA* положительный; специфические антитела класса IgM к антигену *OspC Borrelia afzelii* и специфические антитела к антигенам *BmprA b OspC Borrelia burgdorferi*; в общем анализе крови – лейкоцитоз с нейтрофилезом, сдвиг формулы влево до миелоцитов, увеличенное СОЭ, анемия 1 ст., моноцитопения, токсическая зернистость нейтрофилов, кратковременная тромбоцитопения, анизопойкилоцитоз; в биохимическом анализе крови – гипопроteinемия, выраженная гипербилирубинемия; ликворограмма – значительное повышение белка (в 4 раза), нейтрофильный плеоцитоз.

За период наблюдения консультирован неврологом – менингоэнцефалит, алалия, когнитивные нарушения. Судорожный синдром, частые полиморфные приступы (парциальные вторичногенерализованные).

Лечение: антибактериальная терапия (меропенем, ванкомицин, бензилпенициллин), глюкокортикоиды (дексаметазон), инфузионная терапия (дифференцированные глюкозо-солевые растворы с форсированным диурезом), антиконвульсанты (сибазон, конвулекс).

На фоне проводимой терапии состояние ребенка улучшилось, регрессировала наблюдавшаяся неврологическая симптоматика, начала восстанавливаться речь. Для дальнейшего лечения переведена в неврологическое отделение.

Вывод: описанный случай представляет большой интерес не только как клиническое наблюдение, но и как широта дифференциально-диагностического поиска, осложненного некоторой атипичностью и серьезным прогнозом.

Кучерова А.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ АНТИОКСИДАНТНО-ПРООКСИДАНТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Хронический некалькулезный холецистит (ХНК) и сахарный диабет (СД) 2-го типа – широко распространенные заболевания, каждое из которых сопровождается неинтенсивным системным воспалением, стимулирующим свободнорадикальные процессы в организме и напряжение антиоксидантной системы. Деструктивный характер свободных радикалов обеспечивает ускорение развития осложнений при любой патологии и требует усиления проводимой терапии. Поиск новых терапевтических схем лечения, способствующих уменьшению интенсивности процессов ПОЛ и восстановлению активности системы АОЗ у больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2-го типа) остается важным заданием современной медицины для профилактики возможных осложнений обоих заболеваний. Предпочтение отдается препаратам растительного происхождения как средствам с хорошим лечебным эффектом, переносимостью и минимальными побочными эффектами.

Целью работы было изучить состояние показателей процессов перекисидации и антиоксидантной защиты у пациентов с хроническим некалькулезным холециститом, сочетанным с сахарным диабетом 2 типа при лечении с использованием комбинации препаратов «Артихол» и «Садифит».

Материал и методы исследования. При проведении исследования были обследованы 60 больных, в т.ч. 34 женщины и 26 мужчин возрастом от 33 до 56 лет, у которых диагностирован СД 2 типа, сочетанный с ХНХ, разделенных на группы – основную (30 больных) и сравнения (30 пациентов). Группа сравнения получала терапию ХНХ и СД 2-го типа согласно действующим протоколам, а основная – дополнительно растительные препараты Артихол и Садифит. У больных, наряду с традиционными лабораторными методами исследования изучали активность ферментов системы антиоксидантной защиты супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КТ) и перекисного окисления липидов (ПОЛ) – малоновый диальдегид (МДА) и концентрацию диеновых конъюгат (ДК). В контрольную группу вошли 34 здоровых лица в таком же возрастном и гендерном составе.

Результаты. У всех больных с обострением ХНХ, сочетанного с СД 2-го типа, выявлены диспептический и астено-невротический синдромы с уровнем глюкозы крови у пациентов обеих групп удерживался в пределах $6,7 \pm 0,7$ ммоль/л, при значениях гликированного гемоглобина, в среднем, $6,9 \pm 0,5\%$ в обеих группах. Значения ДК в 1,2 раза ($p < 0,05$) превышали аналогичные у здоровых лиц, а уровень МДА был выше, чем у здоровых, в 1,3 раза ($p < 0,05$). В основной группе значения СОД были в 1,3 раза ниже ($p < 0,01$), чем у практически здоровых лиц, значения КТ – также в 1,3 раза ниже таковых в норме ($p < 0,05$), что указывает на значительное угнетение процессов антиоксидантной защиты у больных с обострением ХНХ, сочетанного с СД 2-го типа. Повышение показателей липоперекисидации на фоне снижения антиоксидантной защиты у пациентов с ХНХ, сочетанным с СД 2-го типа, может свидетельствовать об оксидативном стрессе в организме пациентов.

Включение в лечение коморбидной патологии ХНХ и СД 2-го типа комбинации препаратов «Артихол» и «Садифит» способствовало устранению признаков оксидативного стресса в основной группе с нормализацией показателей ДК и МДА и повышением показателей антиоксидантной защиты (СОД и КТ), в отличие от больных, которые такое лечение не получали. Выявленные корреляционные связи между МДА и HbA1c у исследованных больных подтвердили позитивное влияние предложенного лечения на устранение оксидативного стресса.

Таким образом, включение в лечение коморбидной патологии ХНХ и СД 2-го типа комбинации препаратов «Артихол» и «Садифит» способствовало устранению признаков оксидативного стресса, в отличие от больных, которые такое лечение не получали.

Кучерова А.В.

ГБУЗ «Городская поликлиника №15 г. Краснодара», г. Краснодар

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПЕРИОДЕ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Введение. Значительное распространение хронического некалькулезного холецистита (ХНХ) и сахарного диабета (СД) 2-го типа обуславливает необходимость поиска путей повышения эффективности диспансерного наблюдения и необходимых маркеров для прогнозирования ранних рецидивов такого сочетания.

Цель исследования – изучить уровни сывороточных цитокинов у больных с ХНХ, сочетанным с СД 2-го типа в периоде амбулаторного наблюдения.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 89 больных с ХНХ, сочетанным с СД 2-го типа, в т.ч. 59 женщин и 30 мужчин в среднем возрасте $36,4 \pm 3,8$ года. Из них в первые 3 месяца диспансерного наблюдения у 62 пациентов (69,7% – 1 группа), был отмечен рецидив ХНХ, у 27 больных (30,3% – 2 группа) в течение указанного периода рецидивов ХНХ не наблюдалось. У пациентов обеих групп были исследованы в сыворотке крови концентрации интерлейкинов (ИЛ) ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-9, ФНО- α , ИЛ-4 и использованы уравнения для дискриминантного анализа с учетом полученных данных. Контрольную группу составили 34 практически здоровых лица такого же возраста и пола.

Результаты. У больных 1 группы в сыворотке крови по истечении 3-х месяцев было отмечено достоверное увеличение в сыворотке крови провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-9, ФНО- α более чем в 2 раза по сравнению с пациентами без отмеченных рецидивов и снижение противовоспалительного ИЛ-4, что свидетельствует о незавершенности воспалительного процесса у больных, который обеспечивает раннее рецидивирование процесса в желчном пузыре и увеличение объема терапии у больных.

При проведении дискриминантного анализа прогнозирования ранних рецидивов между показателями двух групп наибольшую информативность имели величины ИЛ-6 и ИЛ-1 β , использованные в системе дискриминантных уравнений с превышением показателя F1 над F2.

Таким образом, пациентам с ХНХ, сочетанным с СД 2-го типа рекомендуется в периоде диспансерного наблюдения определять через 1 месяц после выписки из стационара концентрации ИЛ-6 и ИЛ-1 β , а также вычислять показатели системы дискриминантных уравнений F1 и F2. При определении повышения концентраций цитокинов более, чем в 2,9 раза от условной нормы рекомендуется проводить дискриминантный анализ прогнозирования раннего рецидива ХНХ. При превышении полученного показателя F1 над F2 существует высокая вероятность раннего рецидива ХНХ у больных с СД 2-го типа и проведение противовоспалительной терапии для профилактики рецидивов ХНХ.

Куштарева Л.Б., Фиронов М.С., Семенцова Е.Г.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

СЛУЧАЙ ДВУХСТОРОННЕГО ЭНДОФТАЛЬМИТА У БОЛЬНОГО COVID-19

Введение. В 2019 году высокотрансмиссивный респираторный вирус SARS-CoV-2, известный как COVID-19, стал глобальной пандемией (Cascella M. et al., 2021). Сегодня уже многое известно о последствиях COVID-19, но в большей мере эта информация касается в основном респираторных и неврологических осложнений. Однако SARS-CoV-2 способен поражать многие органы, в том числе и глаза (Chen L et al., 2020), и помимо известных случаев развития конъюнктивитов у пациентов с COVID-19, данная инфекция может приводить и к более серьезным поражениям органа зрения, в том числе к эндофтальмитам.

Цель: представить клинический случай развития интраокулярных осложнений грибковой этиологии у пациентки, перенесшей COVID-19.

Материалы и методы. Проанализирован случай двустороннего инвазивного микотического эндофтальмита у пациентки 69 лет. Из анамнеза: больная находилась на стационарном лечении по поводу новой коронавирусной инфекции, осложненной двухсторонней полисегментарной пневмонией, где проводилась интенсивная антибактериальная, противовирусная и стероидная терапия в соответствии с клиническими рекомендациями. Спустя месяц стала замечать снижение зрения, по поводу чего обращалась в частные офтальмологические клиники. Несмотря на назначенное консервативное лечение диагностированного вялотекущего увеита, состояние не улучшалось; обратилась в глазное отделение ВОКБ №1, поступила на консервативное лечение с жалобами на слепоту обоих глаз. Кроме рутинных офтальмологических методов исследования больной были выполнены ЭФИ и ультразвуковое В-сканирование.

Результаты и обсуждение. Острота зрения правого и левого глаз составляла правильное светоощущение и движение руки у лица соответственно. Биомикроскопически передний отрезок: признаки вялотекущего увеита. Рефлекс с глазного дна резко ослаблен. В хрусталиках начальные корковые помутнения по экватору. Глазное дно не офтальмоскопировалось из-за выраженного помутнения стекловидного тела. Данные ЭФИ: патологическое снижение глубоких слоев сетчатки, умеренное снижение лабильности зрительного нерва обоих глаз.

Результаты ультразвукового В-сканирования: вторичная отслойка сетчатки, эндофтальмит обоих глаз. На основании анамнеза, данных офтальмоистатуса и дополнительных методов исследования было заподозрено у больной наличие инвазивного микотического эндофтальмита обоих глаз. Известно, что грибы рода *Candida* являются наиболее частыми возбудителями микотических инфекций. Неоправданно широкое применение антимикотиков для профилактики и эмпирической терапии привело к нарастанию частоты резистентных к флуконазолу штаммов возбудителей, которая в России составляет 15-30%, а в отдельных стационарах – 50%. Указано, что присутствие *Candida* в любом органе или ткани является фактором риска потенциально летальной диссеминации и системного кандидоза (Ковалева Л.А. с соавт., 2020). Манифестация грибковых осложнений в нашем клиническом случае могла быть вызвана мощной неоправданной антибактериальной терапией, на фоне известной резистентности грибковых возбудителей (Веселов А.В. с соавт., 2016).

Для дальнейшего обследования и лечения больная была направлена в офтальмологический центр ГКБ им С.П.Боткина, где было выполнено эндовитриальное вмешательство с последующим замещением стекловидного тела силиконом. Интраоперационный посев – *Candida albicans*.

Выводы. У пациентов, перенесших COVID-19, возможно возникновение серьезных осложнения со стороны органа зрения, в том числе таких, как инвазивный микотический эндофтальмит.

Содержание

Абдуллина Э.Р., Лотфуллина Г.Р., Шайдуллина Д.М., Нуруллина Г.И., Халфина Т.Н. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО И НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ НКВИ.....	5
Абрамкин Э.Э., Меньщикова Н.В., Левченко Н.Р., Макаров И.Ю. FUNCTIONAL ACTIVITY OF SPERMATOZOA AFTER THE USE OF CHOP DRUGS.....	6
Абрамов В.А., Мельниченко В.В., Бабура Е.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫМ СТРЕССОМ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ.....	6
Абрамов В.А. ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА НА АКТИВАЦИЮ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРЕБЫВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	7
Абрамов В.А., Куртнина Д.В., Таценко В.А. ОСОБЕННОСТИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ НЕИСПОЛНЕННОСТИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯ- НИЯХ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.....	8
Абрамова Е.А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ТЕРРИТО- РИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	9
Авруцкая В.В., Галусяк А.В., Крукиер И.И., Петров Ю.А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА У ЖЕНЩИН С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	10
Аджиенко В.Л., Шулико Д.И. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И БЕРЕЖЛИВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У МЕДИ- ЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	11
Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Дербенцева Т.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С. МЕСТО ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННОЙ ЛАПАРОСТОМИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА И ПЕРИТОНИТЕ.....	12
Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Дербенцева Т.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА	13
Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С. ЕСТЬ ЛИ РАЗНИЦА МЕЖДУ ЛАПАРОСКОПИЕЙ И ЛАПАРОТОМИЕЙ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА?	14
Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА И НЕСТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ	15
Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА И СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ.....	16
Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ КРУПНЫХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУ- ДОВ ЖИВОТА И ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА	17
Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ЖИВОТА	18
Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ТАКТИКИ «DAMAGE CONTROL».....	19
Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА НА ВТО- РОМ ЭТАПЕ ТАКТИКИ «DAMAGE CONTROL».....	20
Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА НА ТРЕ- ТЬЕМ ЭТАПЕ ТАКТИКИ «DAMAGE CONTROL».....	21

Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА К НЕОПЕРАТИВНОМУ ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА	22
Александров Е.И., Каминский А.Г. ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	23
Александровская В.Н., Бабенко А.И. ЗАКОНЫ ДИАЛЕКТИКИ В КУРСЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ФИЛОСОФИИ В МЕДВУЗЕ	24
Александровская В.Н., Бабенко А.И. ПРИНЦИП ВЗАИМОСВЯЗИ В ЖИВОЙ МАТЕРИИ (К КУРСУ ФИЛОСОФИИ В МЕДВУЗЕ)	25
Алексеева К.А. ТЕРАПИЯ СМЫСЛОМ В УСЛОВИЯХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ	26
Алексо Е.Н., Демидик С.Н. ВОСПИТАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ УЗКОПРОФИЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ.....	27
Алешин Е.В., Мороховец С.А. ПЕРСПЕКТИВА КОРРЕКЦИИ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА	28
Алиев А.Ю. ПАНДЕМИЯ COVID-19 В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДВИЖЕНИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА	29
Алиев Г.Г. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	30
Аль Давуд Амджад РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	30
Альмешкина А.А., Ряполова Т.Л., Абрамов В.А., Токарева О.Г., Мельниченко В.В. АДАПТАЦИОННЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ РЕСУРС ПЕРВОКУРСНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРЕДНЕГО БАЛЛА АТТЕСТАТА.....	31
Аманжолова Г.Е., Бендер Н.Р. ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА У ЖЕНЩИН	32
Анастасов А.Г., Щербинин А.В., Зубрилова Е.Г, Пшеничная Н.Э. ВНУТРИБРЮШНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ/ШОК И ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ТУПОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА, РАЗРЫВОМ СЕЛЕЗЕНКИ.....	33
Андреев В.Н., Гинькут В.Н. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ФАРИНГИТОВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ	34
Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А, Мельник В.А., Мельник К.В., Агаркова Л.Д., Пекач А.И. ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЧЕСОТКИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. МАКЕЕВКИ.....	35
Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А., Мельник В.А, Тостюк В.И., Епифанова А.В., Ядыкин Б.О. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ЭНТЕРОБИОЗОМ У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ Г. МАКЕЕВКИ	36
Анищенко А.А., Башеев А.В., Рязанцев А.А. ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА	37
Антипов М.С. МОТИВАЦИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ КАК ИНСТРУМЕНТ УКРЕПЛЕНИЯ ИХ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА.....	38
Антонюк О.С., Украинский В.В., Голубицкий К.О., Романова К.В., Баиров И.И. МЕТОД ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛОСФИНКТЕРОТОМИИ	39
Антонюк О.С., Чурилов А.В., Романова К.В., Украинский В.В. АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ	40

Антонюк С.М. К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ.....	41
Артюхина А.И., Великанова О.Ф. СОБЫТИЙНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ КАФЕДРЫ БИОХИМИИ	41
Архипова Д.А., Голикова А.М., Золотухин С.Э., Пацкань С.И., Клочков М.М. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПОВТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОНОТЕРАПИЕЙ АНТИ-PD-1 ИНГИБИТОРОМ КОНТРОЛЬНЫХ ТОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С НЕОПЕРАБЕЛЬНОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ	42
Архипова Д.А., Пацкань С.И., Голикова А.М., Амджад Аль Давуд, Понсе Прадо. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СНИЖЕНИЯ ДОЗЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОМ РАКЕ.....	43
Бабенко-Сорокопуд И.В. ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО МИКРОКЛИМАТА И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ГРУППЫ РИСКА С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА	44
Бабешина М.А., Барановская С.В., Бойков В.А., Деев И.А., Сиротина А.С., Шибалков И.П. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖУРОВНЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ СУБЪЕКТАМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАНОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	45
Бабкова И.С., Овчинникова У.Р., Грипп М.Р., Джавадов М.Д. БОЛЕЗнь ДАРЬЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	46
Бавлакова В.В., Иванова О.П., Пахомкина П.А. МОТИВАЦИЯ СТУДЕНТОВ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ИРРИГАТОРА ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ	47
Бавлакова В.В., Кит Д.С. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СВЕРХКОМПЛЕКТНЫХ ЗУБОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Г. ВОЛГОГРАДА И ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	48
Багрий А.Э., Зятъева А.П. ВЛИЯНИЕ ГИПОТИРЕОЗА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА	48
Багрий А.Э., Андрусак А.Ю., Рачкелюк В.В. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	49
Багрий А.Э., Ефременко В.А., Михайличенко Е.С. ПЕДАГОГИКА В МЕДИЦИНЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	50
Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Приколота А.В., Аршавская И.А., Совпель Я.А., Кутья А.Е. ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	51
Багрий А.Э., Приколота О.А., Могилевская К.Э. МЕСТО АЗИЛСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ	52
Багрий А.Э., Стефаненко А.В., Стефаненко Е.Р., Рачкелюк В.В. РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ИССЛЕДОВАНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НИЖНИХ КОЛЕЧНОСТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	53
Багрий А.Э., Стефаненко Е.Р., Стефаненко А.В., Сидорова В.В., Трандафилова М.Н., Дружинкина Н.В. ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СУСТАВОВ В ВОПРОСАХ ДИАГНОСТИКИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО АРТРИТА	54
Багрий А.Э., Тарадин Г.Г., Яровая Н.Ф., Хоменко М.В. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ: МНОГООБРАЗИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ, НО НЕ СКОРОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ.....	55
Багрий А.Э., Христуленко А.Л., Ващенко А.В., Лунева Н.Н., Ефременко В.А. ОБУЧЕНИЕ В ИНТЕРАНТУРЕ КАК СРЕДСТВО АДАПТАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	56
Базархандаева Т.Б., Ким А.В. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА (5-АЛК) ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ.....	57
Балацкий Е.Р., Клименко В.А., Журавлёва Ю.И. ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	57

Балобанова Н.П., Згерская Е.А., Абанина О.В. ПРЕДСТАВИТЕЛИ СЕМЕЙСТВА CAMPANULACEAE L. КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЕ РАСТЕНИЯ В ФАРМАЦИИ.....	58
Балюра О.В., Суров Д.А., Румянцев В.Н., Гребеньков В.Г., Еселевич Р.В., Агаханова М.Д. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫМИ ОПУХОЛЯМИ МАЛОГО ТАЗА	59
Бараненко Б.А., Золотухин С.Е., Шпаченко Н.Н., Бараненко В.Б. ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АЛЛОГЕННОЙ ФЕТАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ ТКАНИ НА ОБМЕН НЕЙРОМЕДИАТОРОВ В МОЗГЕ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	60
Баринов Э.Ф., Гиллер Д.И., Юрьева А.С., Васильченко А.И. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ИТОГОВОГО ЗАНЯТИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ, ЦИТОЛОГИИ И ЭМБРИОЛОГИИ	61
Баринов Э.Ф., Перенесенко А.О., Юрьева А.С., Васильченко А.И. АНАЛИЗ АКТИВАЦИИ АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ	62
Баринов Э.Ф., Перенесенко А.О., Крахоткина Е.Д., Гиллер Д.И. АНАЛИЗ ЗАВИСИМОСТИ АМПЛИТУДНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ СИГНАЛЬНЫХ ПУТЕЙ	63
Баринов Э.Ф., Фабер Т.И., Ахундова С.А. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВО ВНЕУЧЕБНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	64
Барулин А.Е., Михеева А.Н. РАЗРАБОТКА СПОСОБА КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА	65
Басий Р.В., Багрий А.Э., Христуленко А.Л., Игнатъева В.В., Ващенко А.В. ОПОП ИНТЕРНАТУРЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ	66
Басий Р.В., Бешуля О.А., Скиба Д.С. КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПОЧЕК У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ ЮНОШЕЙ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА	67
Басий Р.В., Бешуля О.А., Скиба Д.С., Волошин Н.А. КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА	68
Багичев М.Е., Бельчиков Н.А. ПРОБЛЕМЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ	69
Батоцыренов Б.В., Лодягин А.Н., Лоладзе А.Т., Синенченко А.Г. КОРРЕКЦИЯ ГИПОКСИИ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЙ У БОЛЬНЫХ С ТОКСИКОГИПОКСИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	70
Батоцыренов Ч.Б., Лодягин Г.А., Давыдова В.Ю., Синенченко А.Г. КОРРЕКЦИЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРЕПАРАТОМ РЕАМБЕРИН В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НЕЙРОТРОПНЫМИ ЯДАМИ	71
Баулин А.А., Стручков А.С., Баулина О.А., Аверьянова Л.А., Баулина Н.В. ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ.....	72
Баулин, А.А., Аверьянова Л.А., Биалов Б.К., Баулина О.А., Стародубцев В.А. НОВАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИДЕЯ В БОРЬБЕ С СИАМСКИМИ БЛИЗНЕЦАМИ – ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ	72
Бедина С.А., Мозговая Е.Э., Мамус М.А., Спицина С.С., Трофименко А.С. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ: ОБРАЗОВАНИЕ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ЛОВУШЕК НЕЙТРОФИЛОВ, АССОЦИИРОВАННОЕ С АКТИВАЦИЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	73
Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРАНИЦ И ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ.....	74
Белик И.Е., Романенко К.В., Романенко В.Н., Ермилова Н.В. ТРИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ	75
Белик О.С., Корчин В.И. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА И МИКРОНУТРИЕНТНОГО СТАТУСА У МУЖЧИН С ИНФЕРТИЛЬНОСТЬЮ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ-ЮГРЕ.....	75

Белоусов А.Ю., Бараненко Б.А., Киреев А.А., Ротарь Т.В., Чуприна А.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА «ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА» У ДЕТЕЙ С КАУДАЛЬНЫМИ ДИЗ-РАФИЯМИ.....	76
Белоусов А.Ю., Бараненко Б.А., Чернявский А.Р. РЕКОНСТРУКТИВНАЯ КРАНИОТОМИЯ КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМНЫХ И НЕСИНДРОМНЫХ КРАНИОСИНОСТОЗОВ У ДЕТЕЙ.....	78
Белоусов А.Ю., Бараненко Б.А., Чернявский А.Р., Дядичев С.В. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ СПИННО-МОЗГОВЫХ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ.....	79
Беляков И.М. ИММУННАЯ СИСТЕМА СЛИЗИСТЫХ И РАЗВИТИЕ МУКОЗАЛЬНЫХ ВАКЦИН.....	80
Бердовская А.Н. ГЕМОГРАММА ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ ЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ.....	80
Бердыш Д.С., Павленко С.Г., Марченко Е.Ю. ПРИМЕНЕНИЕ ПОРОШКОВ ПЕКТИНОВ В ГЕМОСТАЗЕ РАН ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ.....	81
Берест А.О. К ВОПРОСУ О БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	82
Берко И.М., Гринь В.П. ЦЕНТР ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ДОКТОМО ВО ВРЕМЯ ВСПЫШКИ COVID-19 (ЯНВАРЬ 2021 – ЯНВАРЬ 2022).....	83
Беседина Е.И., Гриценко Л.З., Сыщикова О.В., Мельник В.А., Сыщиков Н.Д. ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В МЕДИЦИНЕ.....	84
Беседина Е.И., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Бурлака И.П., Суханова В.В. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 2022 Г. И ОПТИМИЗАЦИЯ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ.....	85
Бессмертная Ю.В., Ганич И.Г., Коваленко Я.О. ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	86
Бессмертный А.А., Коваленко О.Г., Ганич И.Г. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАНТЫ.....	87
Бисов А.С., Победенная Г.П. ОСОБЕННОСТИ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	87
Бисов А.С., Победенная Г.П., Бисова Е.Ю., Кучерова А.В., Чайка Н.В., Кучерова А.В. ЗНАЧЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ.....	88
Благинина И.И., Блудова Н.Г., Реброва О.А., Бахтояров П.Д. ПРИМЕНЕНИЕ ГАБАПЕНТИНА В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ.....	89
Блудова Н.Г., Благинина И.И., Благодаренко А.Б., Князева А.К., Некрасов Д.А. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С РАЗВИТИЕМ СИНДРОМА NO-REFLOW ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.....	89
Бобровицкая А.И., Бугашева Н.В., Бугашев К.С. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ.....	90
Бобровицкая А.И., Махмутов Р.Ф., Лихобабина О.А., Захарова Л.А., Гончарова Л.А. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИКИ, ЛЕЧЕНИЯ SARS-CoV-2 – У ДЕТЕЙ.....	91
Бобрышева А.А., Сиротченко Т.А., Безкаравайный Б.А. ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ БИЛИАРНОГО ТРАКТА НА ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ.....	93
Богослав Ю.П., Чурилов А.В., Даценко М.В., Прилуцкая Я.Ю. «ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ» – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ РЕПРОДУКТОЛОГИИ.....	93

Бодня С.В. ПОЛНОТА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С И БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST.....	94
Бодров А.В. К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КАДРОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.....	95
Боева И.А., Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕПРИЯТИЙ В ДНР.....	96
Боенко Д.С., Талалаенко И.А., Боенко Н.Д., Чубарь В.А., Буштрук А.А. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА.....	97
Боенко Д.С., Талалаенко И.А., Боенко Н.Д., Чубарь В.Н. ДОНЕЦКИЙ ДОРОЖНЫЙ РИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР – ИТОГИ РАБОТЫ И ЗАДАЧИ НА БУДУЩЕЕ.....	98
Боенко Д.С., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Боенко Н.Д., Буштрук А.А. ПАТОЛОГИЯ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ДАКРИОЦИСТИТЕ. ТАКТИКА ХИРУРГА.....	99
Бойченко А.А. ВИКТИМОГЕННЫЙ ТИП РЕАГИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОГО СТРЕССА.....	100
Боловина А.Д. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА СРЕДИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	101
Борт Д.В., Складная Е.В. ИЗМЕНЕНИЕ КОАГУЛОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ И ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ.....	102
Бояр О.А., Беседина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Калиберда С.В., Скрипка Л.В., Мельник К.В. НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ И ЭПИЗООТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ЛЕПТОСПИРОЗУ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ.....	102
Бояр О.А., Лыгина Ю.А., Мельник К.В., Андреев Р.Н., Беседин И.Е., Колесникова Н.А. АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО САЛЬМОНЕЛЛЕЗУ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2019-2021 ГГ.....	103
Брейгер Ю.М. ПРИЁМЫ И МЕТОДЫ АКТУАЛИЗАЦИИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ В ИЗУЧЕНИИ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА НА ЗАНЯТИЯХ СО СТУДЕНТАМИ, ОБУЧАЮЩИМИСЯ НА ОТДЕЛЕНИЯХ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ, ФАРМАЦИЯ И ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО.....	104
Брова Ю.А., Денисова Е.М., Паниева Н.Ю. НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	105
Брюханова С.Т., Павлович Л.В., Ежелева М.И. УСЛОВИЯ ТРУДА РАБОТНИКОВ УГЛЕБОГАТИТЕЛЬНОЙ ФАБРИКИ.....	106
Бублик Я.В., Беседина Е.И., Подоляка В.Л., Зяблицев Д.В. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ПРЕДМЕТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА.....	107
Бубликова А.М., Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Сохина В.С., Максименко О.Л., Шевченко В.В., Масенко В.В. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВРАЧА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ: ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ СУЩНОСТИ.....	108
Бубликова А.М., Статинова Е.А., Сохина В.С., Коценко Ю.И., Максименко О.Л., Прокопенко Е.Б., Шевченко В.В., Масенко В.В. АКТУАЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА.....	110
Бугаева О.В., Акимова Н.С., Шварц Ю.Г. СВЯЗЬ СУТОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ГИПОКАМПА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	111
Бугаева О.В., Акимова Н.С., Шварц Ю.Г. СВЯЗЬ ЭПИЗОДОВ ГИПОТОНИИ С ТОЛЩИНОЙ СЕРОГО ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	112

Бугашев К.С., Марусиченко Е.А., Луцкий И.С. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И РАССТРОЙСТВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ COVID-19 ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	112
Бугашева Н.В., Гриневич Е.В., Лычак В.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА РАБИОЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	113
Бугашева Н.В., Смутьская Н.Г., Замниус Е.В., Шарко Е.А. МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА	114
Бугорков И.В., Бутук Д.А. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОТРЕБНОСТИ В ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИИ ЧАСТИЧНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНЧАТЫМИ ПРОТЕЗАМИ ЖИТЕЛЕЙ ДНР	115
Бугорков И.В., Кальней Е.О. ВОПРОСЫ КОНФЛИКТОЛОГИИ В РАБОТЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.....	116
Бугорков И.В., Чайковская И.В., Ванина А.С. ОЦЕНКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПЕРИИМПЛАНТИТЕ I И II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.....	117
Бугоркова И.А., Кальней Е.О., Музычина А.В., Агеев А.А. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕАНГИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ.....	118
Буевская М.В. ДИСТАНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ РУССКОМУ ЯЗЫКУ И КУЛЬТУРЕ РЕЧИ: КАК ВЫНУЖДЕННЫЕ МЕРЫ СТАЛИ СТИМУЛОМ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРОЦЕССА ПРЕПОДАВАНИЯ	119
Буйнов К.И., Ельский И.К., Яфарова Р.Т. МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЯХ	120
Буканов Е.К., Курган Е.Г. РАЗРАБОТКА ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ.....	121
Бунтин С.Е., Кривенцева О.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРИТОМ.....	122
Бутева Л.В., Бугашева Н.В., Волошинская Л.В., Лахно О.В. СЕМЬЯ – СОЦИАЛЬНАЯ СИЛА, ФОРМИРУЮЩАЯ ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ	122
Былым Г.В., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Егорова М.А., Тутов С.Н., Носкова О.В. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	123
Былым Г.В., Колесник И.А., Подоляка Д.В., Тутов С.Н., Чурилов А.А. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКАЯ АМЕНОРЕЯ У ПАЦИЕНТОК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ	124
Былым Г.В., Колесник И.А., Чурилов А.А., КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МИФЕПРИСТОН В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМНОЙ МИОМЫ МАТКИ.....	125
Былым Г.В., Носкова О.В., Литвинова Е.В., Егорова М.А., Тутов С.Н. ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН	126
Вакуленко А.В., Неделько А.А., Глазков И.Р. МОДИФИЦИРОВАННАЯ СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЗАМЕНЫ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	127
Вакуленко А.В., Неделько А.А., Глазков И.Р. НАШ ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	128
Вакуленко И.П., Богданов А.И., Фоминов В.М., Вакуленко Н.Д., Первушина Е.О. ВОЗМОЖНОСТИ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ	129
Вакуленко И.П., Момот Н.В., Кондратюк Р.Б., Фоминов В.М., Войтюк В.Н. СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРОЙ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	130
Вакуленко М.В., Вакуленко С.И. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	131

Валихметова Д.В., Федотенко С.А. СЛУЧАЙ АЛОПЕЦИИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА	132
Ванханен Н.В., Жукова Е.Б., Волкова И.Н. РОЛЬ ДИСЛИПИДЕМИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТЕОАРТРОЗА В СОЧЕТАНИИ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	133
Василенко В.Н., Ковалик В.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СТРЕЗАМ В КОРРЕКЦИИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ.....	134
Василенко Л.И., Васильев А.А., Ладур А.И., Жилиев Р.А. К ВОПРОСУ ВЫБОРА ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДИК ПИЛОРО-ДУОДЕНОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ И СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПИЛОРО-ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ	134
Васильев А.А., Ельский И.К., Буйнов К.И., Ширшов И.В. ФАГОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	135
Ватутин Н.Т., Колесников В.С. ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ФЕНОМЕНА NO-REFLOW У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST.....	136
Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Косенко М.А., Харченко А.В. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ТРОМБОЦИТОЗА	137
Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Харченко А.В., Косенко М.А. ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	138
Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Харченко А.В., Стехина К.В. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ АНЕМИИ	139
Вашенко А.В., Зятьева А.П., Жижко А.П. ВОЗМОЖНОСТЬ ВОВЛЕЧЕНИЯ ГЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА.....	139
Введенская О.Ю. ПРЕПОДАВАНИЕ ПАТОЛОГИИ В СТРУКТУРЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	140
Веденин Ю.И., Мандриков В.В., Михайличенко Г.В. ЭТАПНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.....	141
Веденин Ю.И., Орешкин А.Ю., Шаталов А.А., Назарук А.С., Саидшах А.С., Жуликова С.В., Литвинов А.А. О ПОКАЗАНИЯХ К НЕОТЛОЖНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....	142
Веденин Ю.И., Степанов С.Л., Николаев А.Ю., Ивченко Ю.В., Литвинов А.А., Жуликова С.В., ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В ПОВТОРНОЙ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	143
Веденин Ю.И., Шаталов А.А., Орешкин А.Ю., Кучин Д.А. СИСТЕМА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА ПЕРИТОНИТА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	144
Веденин Ю.И., Шаталов А.А., Шаталова О.В., Орешкин А.Ю., Шошинов И.Г. БИОМАРКЕРЫ КОАГУЛОПАТИИ ПРИ COVID-19.....	145
Вербицкая М.С., Вербицкий В.С. РОЛЬ ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА	146
Вербицкий А.И., Ермолаева К.А., Самарина Е.Ю. ВЛИЯНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ НА СТРУКТУРНЫЙ ГОМЕОСТАЗ ПОЧЕК ПОЛОВОЗРЕЛЫХ БЕЛЫХ КРЫС	147
Верешко Е.В., Чермных С.В., Бабенко-Сорокопуд И.В. АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЮНЫХ БЕРЕМЕННЫХ.....	148
Верещагин С.И. ДИСПЛАЗИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ. К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ.....	149
Верещагин С.И., Хаустов С.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПОНСЕТИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА.....	150

Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Чермных С.В., Курдынко Л.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА БЕРЕМЕННЫМ, ПЕРЕЛИВАНИЙ ДОНОРСКИХ ЭРИТРОЦИТОВ ВНУТРИУТРОБНОМУ ПЛОДУ И СОЧЕТАНИЯ ЭТИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТЕ.....	151
Ветров В.В., Иванов Д.О., Курдынко Л.В. ПЕРСПЕКТИВЫ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ И ИНВАЛИДИЗАЦИИ ДЕТЕЙ.....	151
Ветров С.Ф., Ващенко А.В., Клишкан Д.Г., Котов В.С. АКТУАЛЬНОСТЬ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ АКТИВИЗАЦИИ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	152
Ветров С.Ф., Ващенко А.В., Клишкан Д.Г., Пономарёва И.Б., Котов В.С., Дмитриенко В.В., Боева И.А. МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ УСВОЕНИЯ ЗНАНИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	153
Ветров С.Ф., Ващенко А.В., Клишкан Д.Г., Пономарёва И.Б., Котов В.С., Дмитриенко В.В., Боева И.А. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО РЕСУРСА «ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА» В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИРУСА COVID 19.....	154
Виноградова А.И., Агафонова Е.И., Омельченко Е.М., Зуйкова О.В. ПРОБЛЕМА ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ	154
Виноградова Э.Р., Вологина М.В., Вострикова П.Ю. ОЦЕНКА ПОЛОЖЕНИЯ СУСТАВНОГО ДИСКА ПРИ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.....	155
Вишневская С.И., Вишневская Н.П. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	156
Власенко Е.Н. ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ РАНЕНИЙ ПОЛУЧЕННЫХ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ.....	157
Власенко С.В., Голубова Т.Ф., Османов Э.А., Марусич И.И. К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗЫ «ТРОЙНОГО СГИБАНИЯ» У БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП.....	158
Власова В.Н., Волошин Р.Н. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ.....	159
Волкова М.П., Вежель О.В. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	160
Волова Т.Л., Шельгин К.В. ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ И ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕТЕЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	161
Волова Т.Л., Шельгин К.В. СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	162
Вологина М.В., Вострикова П.Ю., Виноградова Э.Р. ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕЛИЧИНЫ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ЗУБНОГО РЯДА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И КОРОТКОЙ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА.....	163
Волошин Р.Н., Зеленков Н.П., Светицкий А.П. КРИОГЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРВИЧНЫМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ	164
Волошин Р.Н., Снитко А.В. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ВИТИЛИГО.....	165
Волошинская Л.В., Папу Д.Е. СТИЛИ ВЕДЕНИЯ ПЕРЕГОВОРОВ В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	166
Воробьев А.А., Курушина О.В., Андрищенко Ф.А., Вольнец И.В., Зозуля Е.Ю., Горелик И.М., Нежинский Д.И. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРА- И МОНОПАРЕЗА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ И РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН	167
Воробьева Е.С. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ В РАБОТЕ СОТРУДНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	168

Вугерничек А.Ю., Корицкая Е.Т. РОЛЬ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ В РЕАКЦИИ СЕРДЦА НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС.....	169
Выхованец Т.А., Машинистов В.В., Выхованец Н.Ю. ПИТАНИЕ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЯЮЩИХСЯ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ: ГИГИЕНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	170
Выхованец Ю.Г., Максимова М.А., Тетюра С.М., Выхованец Т.А. ОЦЕНКА ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ ИСТОЧНИКОВ ВОДОСНАБЖЕНИЯ В ДОНБАССЕ.....	171
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Алборова Е.В., Выхованец Т.А. ВЛИЯНИЕ ГЕОМАГНИТНЫХ ВОЗМУЩЕНИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЧЕЛОВЕКА	172
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Шадян К.В., Келехсаева А.А. УРОВЕНЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ КЛИМАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ.....	173
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Габараева З.Г., Выхованец Т.А., Лахно О.В. ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ.....	174
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Габараева З.Г., Черняк А.Н., Никитенко С.Н. МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	175
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Проконец В.И., Баздырева Ю.А., Довгялло Е.Н. МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЧЕЛОВЕКА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОКИНЕТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ЯДЕР ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК	176
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Келехсаева А.А., Выхованец Т.А. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ ЧЕЛОВЕКА	177
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Талёб Аль Каравани Я.Б. ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМ ИСККУСТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЧЕЛОВЕКА	178
Габитова Н.Х., Парамонова Я.К. ОБОСНОВАННОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ЗАМЕНИТЕЛЕЙ ГРУДНОГО МОЛОКА В ПАЛАТАХ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА.....	179
Гавликовская Л.А. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ.....	180
Гаврилова О.Ф. ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ КАТЕХОЛАМИНОВЫХ ГОРМОНОВ В МОЧЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА.....	181
Гажва С.И., Белоусова Е.Ю., Княщук Е.А. ВЛИЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ САНАЦИИ НА УРОВЕНЬ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С РАС.....	182
Гажва С.И., Горбатов Р.О., Якубова Е.Ю., Манукян А.Г., Янышева К.А., Лакеева И.А. РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КАППЫ ДЛЯ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ПРЕПАРАТОВ В ЗОНУ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА РАЗЛИЧНОЙ ПРИРОДЫ	182
Гажва С.И., Лазаренко С.А. КРИТЕРИИ УСТАНОВКИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТОВ С УЧЁТОМ АНАТОМИЧЕСКИХ ОРИЕНТИРОВ	183
Гайнетдинова Д.Д., Афандиева Л.З. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ- α (TNF- α) У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА (ДЦП).....	184
Гапон М.Н., Логинов И.А., Тагиров З.Т. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ БЛАГОПОЛУЧНОМУ ИСХОДУ БЕРЕМЕННОСТИ.....	186
Гармаш О.И., Витринская О.Е., Актячинская Ш.Р., Гаврилова О.Ф. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ КОМПЛЕКСОВ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ.....	187
Геворкян Р.Р. КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ УРОВНЕЙ ВИТАМИНА D С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ.....	188

Геворкян Р.Р. ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ 25(ОН)D В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ.....	189
Гейзер Т.В., Зятева А.П. ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СИНТЕЗ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ ПРОГНОЗ.....	190
Гейзер Т.В., Зятева А.П. ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКИХ ДОЗ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА.....	191
Герасименко В.В КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗИДУАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ ПРИ COVID-19 СПУСТЯ 4-6 МЕСЯЦЕВ: СОПОСТАВЛЕНИЕ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ.....	192
Герасимчик О.А., Гириш Я.В. ПРЕДИКТОРЫ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	193
Гинькут В.Н. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НАРУЖНЫХ ОТИТОВ.....	193
Гинькут В.Н. МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ВИРУСНОГО РИНОСИНИСИТА.....	194
Гинькут В.Н. НАРУЖНЫЕ ОТИТЫ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19.....	195
Гинькут В.Н., Андреев В.Н., Талалаенко И.А. ОБУЧЕНИЕ ИНТЕРНОВ ТЕХНИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАХЕОСТОМИИ.....	196
Гириш Я.В., Юсупова Н.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЦЕЛЕВОГО ДИАПАЗОНА ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЛЭШ-МОНИТОРИНГА ГЛИКЕМИИ.....	197
Глебова А.Э. ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	198
Гидоян И.А., Петраевский А.В., Кузнецова Н.А. ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ГИДРОДИНАМИЧЕСКИХ И НЕКОТОРЫХ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛАЗА У ЛИЦ С ГИПЕРМЕТРОПИЕЙ И ПРЕСБИОПИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОГРЕССИВНОЙ ОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ.....	199
Говоруха И.Т., Железная А.А., Шаров К.В., Стовба М.А. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА.....	199
Говоруха И.Т., Чермных С.В., Слюсарь-Оглух Т.И. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ВЗГЛЯД НА ВЕДЕНИЕ ГЕСТАЦИИ ПРИ МНОГОВОДИИ.....	201
Голикова А.М., Золотухин А.С., Амджад Аль Давуд, Бондаренко Н.В., Клочков М.М. ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ ПРИ НАЧАЛЬНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	202
Голионцева А.А., Григорядис С.В., Натальченко Д.В. ДИАФОНИЗАЦИЯ, КАК МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ АНАТОМИИ.....	202
Голионцева А.А., Натальченко Д.В. ВОЗДЕЙСТВИЕ ВИРУСА SARS COV-2 НА МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ.....	203
Головина Н.Б. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	204
Голоденко О.Н., Таценко В.А., Куртинина Д.В. ОСОБЕННОСТИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС ВСЛЕДСТВИЕ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ НА ДОНБАССЕ.....	205
Голубова О.А., Шевченко Д.Ф., Шевченко В.В., Бубликова А.М. ВРАЧЕБНАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	206
Голубова Т.Ф., Тропова О.Ю. ПРОФИЛАКТИКА МЕТЕОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В КОМПЛЕКСЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	207

Гольнева А.П., Статинова Е.А., Кишеня М.С., Джоджуа А.Г. ИММУНО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА.....	208
Гонтарь Е.А., Гаврилов А.Е., Мороз А.Б., Хачатурова К.М., Колосова О.В. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОТООУСТОЙЧИВОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ И ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	209
Гордиенко П.А. ТОЛЕРАНТНОСТЬ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С РАЗЛИЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ.....	210
Горнаева Л.С., Румянцева Г.Н., Шахова Н.А., Смирнова Т.А. ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С ГРЫЖЕЙ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....	210
Городник Г.А., Андропова И.А., Герасименко А.С., Назаренко К.В., Вашенко А.В., Ребковец И.И., Захарчук Н.В. ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СЕДАЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИ- ЛЯ С ПОМОЩЬЮ ПРОПОФОЛА И ДЕКСМЕДЕТОМИДИНА.....	211
Городник Г.А., Андропова И.А., Назаренко К.В., Григоров К.С., Добророднова О.И., Мирошник С.П., Харламова А.М., Харламова Ю.С. ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧМТ, ОТНЕСЕННЫХ К 3-М КЛАСТЕРАМ МЕТОДОМ НЕЙРОСЕТЕВОГО АНАЛИЗА.....	212
Городник Г.А., Билошапка В.А., Ермилова М.В., Ермилов Г.И. ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....	213
Городник Г.А., Билошапка В.А., Мендзяк Р.М., Лысак Е.И. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ И СТРУКТУРА ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (БЕЗ КОЕК) ДОКТМО.....	214
Городник Г.А., Джоджуа Т.В., Маршук И.С. ОСМОТИЧЕСКИЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЙ СИНДРОМ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.....	215
Городник Г.А., Линчевская Л.П., Пищулина С.В., Кишеня М.С., Михайлова Т.И. РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ.....	216
Городник Г.А., Назаренко К.В., Андропова И.А., Билошапка В.А., Герасименко А.С., Городник К.Г., Андропова М.А. СОЗДАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ И ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ «У ПОСТЕЛИ БОЛЬНОГО» В ОТДЕЛЕНИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	217
Городник Г.А., Черных С.В., Тюменцева С.Г., Андропова И.А. ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ПО РАЗДЕЛУ «ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ».....	218
Горохова А.А., Чуркин Д.В., Ищенко В.Д., Фролова С.Ю., Карпушев С.А. ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ УГРОЗЫ БЕЗОПАСНОСТИ ГОСУДАРСТВА В ПЕРИОД ВОЕННОГО КОНФЛИКТА.....	219
Гребеньков В.Г., Румянцев В.Н., Кушнарев С.В., Балюра О.В., Демко А.Е., Коржук М.С., Сизоненко Н.А., Шишкин А.В. ПРИМЕНЕНИЕ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ В ХИРУРГИИ: РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ.....	220
Гребеньков В.Г., Суров Д.А., Еселевич Р.В., Балюра О.В., Румянцев В.Н., Коржук М.С., Логинов В.А., Агаханова М.Д. ВЛИЯНИЕ АНАТОМИЧЕСКОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА НА ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ.....	221
Греков И.С. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДОВ РАКА ЖЕЛУДКА И РАКА ЛЁГКИХ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ИХ ПРО- ГРЕССИИ.....	222
Греков И.С. НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИММУНОКЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СТРОМЫ РАКА ЖЕЛУДКА И РАКА ЛЁГКИХ.....	223
Григорян Х.В., Великий Е.А., Гиллер Д.И., Барнинов Э.Ф. РЕГУЛЯЦИЯ ПЕРИСТАЛЬТИКИ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЭЛИМИНАЦИИ КОНКРЕМЕНТОВ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА МОЧЕ- ТОЧНИКА.....	224

Гридасов В.А., Домашенко О.Н. АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ ИЕРСИНИОЗНЫМ АРТРИТОМ И ПОЛИМОРФИЗМОМ 31T>С ГЕНА IL-1B И ASN3LYS ГЕНА TNFRSF11B	225
Гринцов А.Г., Ахрамеев В.Б., Матийцев А.Б. К ВОПРОСУ ПРЕПАДОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ СТУДЕНТАМ-МЕДИКАМ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19.....	226
Гринцов А.Г., Матийцев А.Б. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИМУЛЬТАННЫХ АППЕНДОКТОМИЙ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	227
Гринцов А.Г., Тимофеев В.Д., Абрамова Ю.Г. ЛЕЙОМИОМА ТОНКОЙ КИШКИ.....	228
Гринцова А.А., Каратаева К.О., Васякина Л.А., Боева И.А. ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА.....	229
Гринцова А.А., Каратаева К.О., Чуркин Д.В., Ламбрино М.Г. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ АКУБАРОТРАВМОЙ.....	230
Грипп М.Р., Исаакян Ю.А., Джавадов М.Д., Бабкова И.С. АНГИОФЛЮКУЛЯРНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ.....	231
Грищенко И.И., Елезова Т.В., Лупитько Е.М., Новицкая Ю.Е., Тюрина С.В. УЧЕТ ГЕНДЕРНОГО АСПЕКТА В ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЕМ	231
Грищенко С.В., Грищенко И.И., Правделов С.С., Костенко В.С., Басенко И.Н., Миненко Е.Ф., Зорькина А.В., Шевченко В.С., Федосеева И.С., Смутьская Н.Г., Симакопуло В.А., Евтушенко О.В., Семикоз Е.А. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ	232
Громенков В.Д., Тимофеев В.Д., Багрий А.Э., Храповицкая Е.А., Вильховик М.С. БОЛЬНАЯ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ И ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)	233
Губанова О.И. ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ III КЛАССА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА У ДЕТЕЙ	234
Давыдова А.В., Беседина Е.И., Лыгина Ю.А., Данилюк А.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	235
Давыдова А.В., Ткаченко И.М., Данилюк А.Н. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИММУНИТЕТА К КОРИ И КРАСНУХЕ В СИСТЕМЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	237
Давыдова Т.О., Денисов В.К., Захаров В.В., Онищенко Е.В., Варибрус С.А., Захарова О.В. ПРЕПОДАВАНИЕ ЦИКЛА «ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ» КАК ОСНОВА ПОНИМАНИЯ ПРОБЛЕМ ОРГАНОГО ДОНОРСТВА В МИРЕ.....	237
Данилова Е.М., Титневский С.В. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	238
Данилова Е.М., Титневский С.В. СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АГРЕССИВНОСТИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ.....	239
Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19.....	240
Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В. ПРОБЛЕМА АЛЬГОМЕНОРЕИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	241
Дегтяренко Е.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ГЕЛЕВЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЗУБОВ.....	242
Дели А.Д., Каспарова А.Э., Коваленко Л.В., Шелудько В.С. АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ COVID-19: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	243

Демидик С.Н., Алексо Е.Н., Санукевич А.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОК ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ	244
Дёмина Д.В., Железная А.А. ОСОБЕННОСТИ ФОЛАТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БЕРЕМЕННЫХ С ОПЕРИРОВАННЫМИ В АНАМНЕЗЕ ЯИЧНИКАМИ.....	245
Демешева С.Г., Железная А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В., Верешко Е.В. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА.....	246
Демко А.Е., Вербицкий В.Г., Парфёнов А.О. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СКОРОЙ ПОМОЩИ.....	246
Демченко Е.В. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ КАК СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.....	247
Демченко С.С., Плыс А.А. РОЛЬ АНОМАЛИЙ ПРИКРЕПЛЕНИЯ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ В ТЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА.....	248
Демчук О.В., Гуменюк И.В., Гладкая С.В., Королёв А.А. ПРОФИЛАКТИКА РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА.....	249
Демьяненко Ю.Ю. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА.....	250
Денисенко А.Ф., Боева И.А., Тищенко А.Н., Дмитриенко В.В. ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ДОНБАССЕ	251
Денисенко В.Б., Симованьян Э.М. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ЦМВИ У ВИЧ-ЭКСПОНИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ.....	252
Денисов В.К., Захаров В.В., Варибрус С.А., Онищенко Е.В., Захарова О.В., Голубова Т.С., Давыдова Т.О. ДИНАМИКА ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ РЕЦИПИЕНТОВ ЛЕЧАЩИХСЯ ГЕМОДИАЛИЗОМ.....	253
Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Варибрус С.А., Онищенко Е.В., Давыдова Т.О. СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕГИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ДИАЛИЗА.....	254
Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Захарова О.В., Варибрус С.А., Давыдова Т.О., Грекова К.Ю. ФОРМИРОВАНИЕ ЛИСТА ОЖИДАНИЯ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ В КРИЗИСНЫХ УСЛОВИЯХ	255
Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Захарова О.В., Варибрус С.А., Давыдова Т.О., Попова Я.Н. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ.....	256
Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Захарова О.В., Давыдова Т.О. ОРГАНИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ.....	257
Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Захарова О.В., Давыдова Т.О. КЛИНИЧЕСКАЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	258
Денисова А.Г., Позднякова Н.В. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА ПРИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ	259
Денисова Е.М., Евтушенко И.С., Сергиенко Н.В. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ГИПОКСИТЕРАПИИ	260
Дерипас Н.В., Сапизук Т.Б. ПРОБЛЕМА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	260
Джавадов М.Д., Бабкова И.С., Павлова М.С., Исаакян Ю.А. СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖИРОВОГО НЕКРОЗА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	261

Джеломанова О.А., Железная А.А., Слюсарь-Оглух Т.И. ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ЕГО СВЯЗЬ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ У ЖЕНЩИН С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ	262
Джеломанова С.А., Чурилов А.В., Чурилов А.А. ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА	263
Джерелей О.Б., Якубенко Я.В. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МЗ ДНР	264
Джджуа А.Г., Прокопенко Е.Б., Джджуа Р.А., Фомина Н.В., Бубликова А.М. ПСЕВДОИНСУЛЬТ	265
Джджуа А.Г., Статинова Е.А., Джджуа Р.А., Никитенко Д.В. КОМПЛАЕНС КАК РЕЗУЛЬТАТ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА	266
Джджуа А.Г., Статинова Е.А., Джджуа Р.А., Сохина В.С. ОСОБЕННОСТИ «ВЕНОЗНОЙ» ГОЛОВНОЙ БОЛИ.....	267
Джджуа А.Г., Статинова Е.А., Прокопенко Е.Б., Джджуа Р.А., Шевченко В.В. К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ВЕНОЗНОГО ИНСУЛЬТА	268
Джджуа Т.В., Рынкova Я.В. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	269
Долгополов А.М., Короткова С.Д., Хоца С.И. ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА В ВОЗРАСТЕ 12-15 ЛЕТ	270
Домашенко О.Н., Хоменко Д.Ю., Кишеня М.С., Куропятник В.В. ПОЛИМОРФИЗМ TOLL-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19	270
Домашенко О.Н., Гридасов В.А. РАЗНООБРАЗИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АКТУАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	271
Домашенко О.Н., Куропятник В.В., Кишеня М.С., Хоменко Д.Ю. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО РЕЦЕПТОРА.....	272
Домашенко О.Н., Слюсарь Е.А., Гончарук Е.Ю. COVID-19 И ТУБЕРКУЛЕЗ	273
Домашенко О.Н., Хоменко Д.Ю., Гридасов В.А., Куропятник В.В., Слюсарь Е.А., Гончарук Е.Ю. ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОЙ РЕТРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	274
Донченко Л.В., Ластков Д.О., Лукьяненко М.В., Чеботарёва Е.Н., Донченко Е.В., Огнева О.А. ПРОФИЛАКТИКА ИНТОКСИКАЦИЙ ПЕКТИНСОДЕРЖАЩИМИ ПРОДУКТАМИ	275
Доровских Г.Н. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ	276
Доценко А.К., Джерин Д.В., Вашенко А.В. СУДОРОЖНЫЙ ЭПИСИНДРОМ ПРИ МЕНИНГИОМАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА	277
Дубовая А.В., Лимаренко М.П., Бордюгова Е.В., Тонких Н.А. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ «ПЕДИАТРИЯ» И «ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ».....	278
Дубовая А.В., Марченко Е.Н., Бордюгова Е.В., Баешко Г.И. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА	279
Дубовая А.В., Науменко Ю.В. СПОСОБ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	280
Дубовая А.В., Самохвалова И.И. «СПОРТИВНОЕ СЕРДЦЕ» У ПОДРОСТКА	281
Дубовая А.В., Усенко Н.А., Бордюгова Е.В., Баешко Г.И., Конов В.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С КОРРИГИРОВАННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	282

Дудчак А.П., Сосна В.В. КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ СНА У ДЕТЕЙ С ПОВЫШЕННЫМ ПРОФИЛЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ.....	283
Дуйсембай Д.П., Керимбай С.М. БОЛЕЗНИ ЦИВИЛИЗАЦИИ. ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	284
Дюба Д.Ш., Базиян-Кухто Н.К., Иваненко А.А. КОМПЛЕКСНОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	285
Евтушенко В.А., Евтушенко О.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ИСПРАВЛЕНИЕ КОСОГЛАЗИЯ ПРИ СЛЕПОТЕ ОДНОГО ИЗ ГЛАЗ.....	286
Евтушенко С.К., Евтушенко О.С. К ВОПРОСУ ОБ УТОЧНЕНИИ ЭТИОЛОГИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ТАКТИКУ И ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	287
Евтушенко С.К., Евтушенко О.С. МУЛЬТИПОТЕНТНЫЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЕ СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ (ММСК) В ТЕРАПИИ ТРУДНО-КУРАБЕЛЬНЫХ ФОРМ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ.....	287
Егорова М.А., Мацынин А.Н., Джеломанова С.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «МОЗГОВОГО ШТУРМА» НА ВЕБИНАРАХ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ.....	288
Егорова М.А., Мацынин А.Н., Минович Е.Д. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	289
Егорова М.А., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Минович Е.Д., Носкова О.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА У ДЕВОЧЕК	290
Егорова М.А., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Носкова О.В., Петренко М.Г. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ДОНЕЦКЕ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ.....	291
Ежелева М.И. ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ Г. ДОНЕЦКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	292
Елезова Т.В., Лупитько Е.М., Новицкая Ю.Е., Тюрина С.В., Грищенко И.И. МЕТОД ПРОЕКТОВ КАК ЭЛЕМЕНТ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ	293
Елезова Т.В., Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И. ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ УЧЕТА И КОНТРОЛЯ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ КАФЕДРЫ.....	294
Елизарова О.В. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТАРЫ НА ФАСОВАННУЮ ВОДУ	295
Елисеева Л.В., Лутицкая Л.А., Кравченко Г.В. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	296
Ельский И.К. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	297
Ельский И.К., Смирнов Н.Л. СОНОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОРТАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	298
Ермаченко А.Б., Ермаченко Т.П., Курехин А.А. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АЭРОЗОЛЕЙ, МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ СОЕДИНЕНИЙ И ИХ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА	299
Ермаченко А.Б., Романченко М.П., Курехин А.А. ПРИНЦИПЫ ДЕОНТОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	300
Ермаченко Т.П., Денисенко А.Ф., Боева И.А., Тищенко А.В., Данилов Ю.В. НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ, КАК МЕТОД АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ.....	300

Ермилова М.В., Ермилов Г.И., Ермилов С.Г., Билошапка В.А. МЕТОДЫ СЕДАЦИИ У ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В УРОЛОГИИ	301
Еромянц И.С., Паргас О.В., Косенкова-Дудник Е.А., Селиванова Е.С. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО ПРОЦЕССОМ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕ- НИЯ	302
Ершова И.Б., Васендина М.В. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ, МАТЕРИ КОТОРЫХ ПЕРЕНЕСЛИ ОСТРЫЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	303
Ершова И.Б., Петренко О.В., Рещиков В.А. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ПИЩЕ- ВОЙ АЛЛЕРГИИ	304
Ершова И.Б., Роговцова А.Г. ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО, НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖ- НОСТЕЙ У ДЕВОЧЕК ИЗ СОЦИАЛЬНО-НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ	305
Есаулов А.Д., Фабер А.И., Линчевская Л.П., Пищулина С.В., Михайлова Т.И., Кишеня М.С. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНЕУЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛО- ГИИ КАК ОДНОЙ ИЗ ФОРМ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА	306
Есеноков А.А., Мануковский В.А., Тулупов А.Н., Демко А.Е., Гаврищук Я.В., Бесаев Г.М., Кажанов И.В., Перегулов С.И., Багдасарьянц В.Г., Рутович Н.В. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОТСЛОЙКИ КОЖИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ	307
Жаркин Н.А., Мирошников А.Е., Шагилова Ю.А. ДЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МАТКИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ	308
Жаркина Е.А., Калашникова С.А. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПСИХОТИПОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА	308
Жданова Е.В., Еромянц И.С. ЗНАЧЕНИЕ ЭПОНИМОВ КАК ИСТОЧНИКА ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОЙ ВАРИАЦИИ В МЕДИЦИНЕ	310
Жданова И.В. ИЗДАТЕЛЬСКАЯ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО» В ПЕРИОД САМОИДЕНТИФИКАЦИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ	311
Железная А.А., Ласачко С.А., Гончарова В.В. ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ	311
Железная А.А., Трубникова И.О. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ	312
Жемойтяк В.А. ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ НА ПРОЦЕССЫ ДЕПОНИРОВА- НИЕ ЖЕЛЕЗА	313
Животоцук В.С., Бунтин С.Е., Матонин Ю.П., Зинчук Т.В., Жарков И.Г. ИНТЕГРАЛЬНАЯ КВЧ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВЫХ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ	314
Жигулин Р.А. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СПЕЦИФИКА ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ	315
Жидких Т.Н., Максимова М.А. КЕЙС-МЕТОД В ПРАКТИКЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	316
Жилицын Е.В., Шутин А.А., Жилицына Я.Ю. ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА «МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ» ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ	317
Жилицын Е.В., Шутин А.А., Чуйко А.В. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ У ДЕТЕЙ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА	318

Жилыев Р.А., Антипов Н.В., Сириод Д.В., Калиновская Я.Д., Шеменова А.С., ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ	319
Жук И.Г., Кудло В.В., Ложко П.М. ОСВОЕНИЕ БАЗОВЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА ОРИГИНАЛЬНОМ ТРЕНАЖЕРЕ	319
Жура В.В. КОММУНИКАТИВНЫЕ ТАКТИКИ СОВМЕСТНОГО ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ В ХОДЕ МЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ.....	322
Журбий О.Е., Налетов А.В., Зуева Г.В., Шабан Н.И. СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ИЗМЕ- НЕНИЯ СПЕКТРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	323
Заболотнева К.О., Жаркин Н.А., Айрапетян Е.Г. ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	324
Забродняя В.К., Чайковская И.В., Змарада С.А. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРА- ЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА	325
Заворотнева Т.И., Карпий С.В., Кононова Е.А. СТРУКТУРА И СЕМАНИКА НЕОЛОГИЗМОВ (НА ПРИМЕРЕ ГАЗЕТНОГО СЕГМЕНТА СМИ ДОНБАССА)	326
Загумённый К.Р., Мединцева А.К., Бешуля О.А., Томаш Л.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДНЕВОЛНОВОГО УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КАК СТИМУЛИРУЮЩЕ- ГО МЕТОДА У ПАЦИЕНТОВ С АКУБАРОТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЁННОЙ АСТЕНОДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ.....	327
Захарова И.И., Матиско М.А. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДА COVID-19.....	328
Згерская Е.А., Балобанова Н.П., Абанина О.В. ПРОБЛЕМЫ ГУМАНИЗАЦИИ И ГУМАНИТАРИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	329
Зейналова А.А., Сочилин А.В., Крюк М.А., Бойко Е.Ю. РОЛЬ ФЕНОТИПОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ	330
Зейналова А.А., Сочилин А.В., Крюк М.А., Зейналова Ф.А. САРКОИДОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ.....	331
Зеневич О.В., Дрокина О.Н., Севостьян Н.А. ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И ЕГО РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОГО СТАТУСА	332
Зиаур С-Т.Р. ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У СТУДЕНТОВ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО ОТ УРОВ- НЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ	333
Зиновьев Е.В., Вагнер Д.О., Чухарев А.Е. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД К СНИЖЕНИЮ ОБЪЕМА ОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ У ОБОЖЖЕННЫХ.....	333
Зиновьев Е.В., Заворотний О.О., Костяков Д.В. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩИХ МЕТОДОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ТЯЖЕЛО- ОБОЖЖЕННЫХ.....	334
Зиновьев Е.В., Солошенко В.В., Юрина В.Н., Козулин Д.А. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У ОБОЖЖЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНА- ВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ.....	335
Золото Е.В., Побержина Т.С., Пигорева А.В., Побержин Д.С. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	336
Золото Е.В., Томачинская Л.П. СТРЕССЛИМИТИРУЮЩИЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	337

Золотухин С.Э., Дьячков О.Н., Колычева О.В., Клочков М.М., Легостаева М.С. ПРОФИЛЬ ТОКСИЧНОСТИ ИРИНОТЕКАНА В СРАВНЕНИИ С FOLFIRI КАК ПЕРСПЕКТИВА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ 2-й ЛИНИИ ЛЕЧЕНИЯ МКРР	338
Зуб А.В., Левченко Н.В. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСВЕЩЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ ВОЛГТМУ	338
Зубенко И.В., Поважная Е.С., Терещенко И.В., Лыкова Л.А. ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТА «ЧАСТНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ» СТУДЕНТАМИ 6 КУРСА МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ ДОННМУ	339
Зубов А.Д., Антонова Л.Н., Бережная А.А., Сенченко О.В. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ НАВИГАЦИЯ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНЪЕКЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ШЕЙНОЙ РАДИКУЛОПАТИ	340
Зубов А.Д., Кутья А.Е. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЭХОГРАФИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ КАЛЬЦИФИКАТОВ В ОЦЕНКЕ РИСКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	341
Зуева Г.В., Налетов А.В., Журбий О.Е. АНАЛИЗ ПРИЧИН ДЕКОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	342
Зяблицев Д.В., Подоляка В.Л., Бублик Я.В. К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ВНЕДРЕНИИ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ	343
Ивакина П.А., Бойченко А.А. ЗАВИСИМОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ОТ УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.....	344
Иванов Н.А., Боловина А.Д. АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	345
Иванова О.П., Гасанова А.Г. АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ У СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА	346
Игнатенко Г.А., Басий Р.В., Первак М.Б., Игнатьева В.В., Долженко С.А. ВНЕДРЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ НАПРАВЛЕНИЯ «КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»	347
Игнатенко Г.А., Бордюгова Е.В., Дубовая А.В., Немченко М.М., Конов В.Г. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА	348
Игнатенко Г.А., Бортникова А.К., Бортникова Ю.К., Корицкая Е.Т. ВЗАИМОСВЯЗЬ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЭТАПА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ COVID-19.....	349
Игнатенко Г.А., Госман Д.А., Ластков Д.О. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ COVID-19 У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЁЗА	350
Игнатенко Г.А., Дашкина Н.А. ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА АНТИОКСИДАНТНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА.....	351
Игнатенко Г.А., Можейко Е.Ю. ПРЕДИКТОРЫ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	352
Игнатенко Г.А., Ступаченко Д.О. МАРКЕРЫ ТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ НИСХОДЯЩЕМ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ МЕДИАСТИНИТЕ	353
Игнатенко Г.А., Тарадин Г.Г., Ракитская И.В., Куликова С.О. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	354
Игнатенко Г.А., Тарадин Г.Г., Ракитская И.В., Куликова С.О. ХАРАКТЕРИСТИКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ.....	355

Игнатенко Г.А., Чайка В.К., Золото Е.В., Межова О.К. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В ПАРАДИГМЕ РАЗВИТИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ	356
Игнатъева В.В., Романова Л.А., Лаврова А.И. КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛИСТЬЯХ И ПЛОДАХ АЙЛАНТА ВЫСОЧАЙШЕГО	357
Исаакян Ю.А., Грипп М.Р., Джавадов М.Д., Афанасьев Н.Ю. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЦИТОРЕДУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ УМЕРЕННО ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СЕРОЗНОЙ КАРЦИНОМЕ ЯИЧНИКА	358
Исаенко П.С., Джоджуа А.Г., Сайко Д.Ю., Прокопенко Е.Б., Гольнева А.П. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	358
Исмаилова О.А., Еремينا Н.В., Потапова Ю.С., Молчанов А.С. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	359
Кавелина А.С., Попандопуло А.Г., Кравченко А.И. ВЛИЯНИЕ ОРИЕНТАЦИИ АМНИОТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНЫ НА КУЛЬТИВИРОВАНИЕ КЛЕТОК РОГОВИЦЫ	360
Казанцев Д.А., Веденин Ю.И., Попов А.С. РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.	361
Калиновская Я.Д., Антипов Н.В. ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА	362
Калуга А.А., Маловичко И.С., Хоменко М.В., Яровая Н.Ф. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК КАК ФАКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА	363
Калуга А.А., Хоменко М.В., Цыба И.Н. ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЕ С КУРЕНИЕМ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ	364
Калюжин А.С. МОДЕЛЬ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ПО КОНТРОЛЮ САНИТАРНО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВОДНЫХ ОБЪЕКТОВ ДЛЯ ПРОГРАММЫ ЭВМ	365
Каменева Ю.В. НАРУШЕНИЯ ПИГМЕНТАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	366
Канана А.Я., Ярощак С.В., Бессонова А.Д. МЕСТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ КАМНЕЙ ПОЧЕК	367
Канана А.Я., Ярощак С.В., Бессонова А.Д. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ МАЛОИНВАЗИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ	368
Канана Н.Н., Баешко Г.И. ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС, ДЕЗАДАПТАЦИЯ И НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	368
Карабак И.С., Матийцев А.Б. К ВОПРОСУ ОБ ЭМПИРИЧЕСКОМ ВЫБОРЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВЫЗВАННОЙ E. TARDA	369
Кардаш А.М., Барарненко Б.А., Ротарь Т.В., Листратенко Д.А., Ярмак А.П. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАВИГАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ BRAINLAB	370
Кардаш А.М., Кардаш В.П. ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕРВНЫХ СТЕЛОК КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ	371
Кардаш А.М., Кардаш В.П. РОЛЬ КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ	372
Кардаш А.М., Кардаш В.П., Коровка С.Я., Кишеня М.С. ПОЛИМОРФИЗМ rs1800795 ГЕНА IL6 И РИСК РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ	373
Кардаш А.М., Коровка С.Я., Кардаш В.П., Кишеня М.С., Власова Р.Н. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОПЕПТИНА В ОЦЕНКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА	374

Кардашевская Л.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ АЛЛАПИНИНА И НИЗКИХ ДОЗ СОТАЛОЛА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПОТИРЕОЗОМ И ИСХОДНОЙ БРАДИКАРДИЕЙ.....	375
Кардашевская Л.И., Склянная Е.В. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ И КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ПРИ НАПИСАНИИ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.....	375
Карпий С.В., Заворотнева Т.И., Кононова Е.А., Косенкова-Дудник Е.А. ЯЗЫКОВЫЕ ЕДИНИЦЫ ВТОРИЧНОЙ НОМИНАЦИИ НА СТРАНИЦАХ ШАХТЁРСКИХ ГАЗЕТ.....	376
Карсанов А.М. ХИРУРГИЯ КАК ОБЛАСТЬ ВЫСОКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА.....	378
Карсанов А.М., Маскин С.С. К ВОПРОСУ БЕЗОПАСНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.....	379
Карсанов А.М., Маскин С.С. О ПРЕИМУЩЕСТВАХ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ В ХИРУРГИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	380
Карсанов А.М., Маскин С.С. ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ	381
Карсанов А.М., Ремизов О.В. ПРОГРАММА ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ХИРУРГОВ В ПАРАДИГМЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ	382
Карсанов А.М., Саламов А.К. ЛИЧНОСТНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ СОЗДАНИИ БЕЗОПАСНОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ В БОЛЬНИЦЕ	383
Карсанова З.О., Карсанов А.М. ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ И БИЛИАРНОМ СЕПСИСЕ	384
Касьянова И.А., Ковалишена О.В. РИСК-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ОЦЕНКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫМИ ИНФЕК- ЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.....	385
Квливидзе Т.З., Заводовский Б.В. РОЛЬ АДИПОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА	385
Киосева Е.В., Поважная Е.С., Бешуля О.А., Пацкань И.И. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ С НАРУШЕНИЯМИ АДАПТАЦИИ.....	387
Киреев Д.С., Потапов В.В., Милтых И.С., Зенин О.К. МЕТОДИКИ ИЗМЕРЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО НАТЯЖЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ.....	388
Клишкан Д.Г., Ветров С.Ф., Андреев Р.Н., Мельник В.А., Ядыкин Б.О. АКТУАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	389
Клишкан Д.Г., Романченко М.П., Ветров С.Ф., Пацкань И.И., Курехин А.А. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОДОСНАБЖЕНИЯ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА В УСЛОВИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА	390
Князева А.К., Комарова Е.Б., Блудова Н.Г. ВЛИЯНИЕ НПВП НА РАЗВИТИЕ ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	390
Ковалева К.В. ОСОБЕННОСТИ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОГИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ ДЕЗАДАПТИВНОГО ВЛИЯНИЯ ПАНДЕМИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА.....	391
Коваленко С.Р. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ САМООЦЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	392
Коваленко Я.О., Осипенкова Т.С. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАЛИГНИЗАЦИИ ПОСТЭКСТРАКЦИОННОГО ЭПУЛИСА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НА ФОНЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПЛОСКОЙ ФОРМОЙ ЛЕЙКОПЛАКИИ.....	393

Кокина И.В. ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО НАЧАЛА МОНИТОРИНГА НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ.....	394
Кокина И.В., Клименко О.Г. ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАНДЕМИИ COVID-19 И ЕЁ ПОСЛЕДСТВИЙ: ДЕСИНХРОНОЗЫ, НАРУШЕНИЯ СНА И ИХ СВЯЗЬ С НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ ДИЗРЕГУЛЯЦИЕЙ.....	395
Коктышев И.В., Бугашев К.С., Мартыненко А.И. РАСПРОСТРАНЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	396
Коктышев И.В., Лихобабина О.А., Охотникова М.В., Зяблицев Е.Д., Данилова Ю.Ю. СОВРЕМЕННЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	397
Коктышев И.В., Охотникова М.В., Зяблицев Е.Д., Смутьская Н.Г., Парахина О.Н. ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	398
Колесник И.А., Былым Г.В., Чурилов А.А., Подоляка Д.В., Тутов С.Н. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКАЯ АМЕНОРЕЯ У ПАЦИЕНТОК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ.....	398
Колесников А.Н., Линчевский Г.Л., Головкин О.К. О ПУТЯХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ.....	399
Колесникова А.Г., Андреев Р.Н., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Толстюк В.И., Епифанова А.В. ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ОСТРЫМИ ВЯЛЫМИ ПАРАЛИЧАМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	400
Колесникова А.Г., Максимова М.А., Жадан Е.С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЦЕЛЕЙ У ВОЕНОСЛУЖАЩИХ.....	401
Колесникова Н.А., Дубовая А.В. ХАРАКТЕР ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И ИХ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ У ПОДРОСТКОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	402
Коломийчук А.Б., Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Гусаренко С.С. ДВУХЭТАПНЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПРИНЦИПУ «DAMAGE CONTROL SURGERY» ПРИ ТЯЖЕЛОЙ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ.....	403
Коломийчук А.Б., Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Гусаренко С.С. ПРИМЕНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВИДЕОЛАПАРΟΣКОПИИ КАК ОПЕРАЦИИ ВЫБОРА ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КОЛИЧЕСТВ ЭКСПЛОРАТИВНЫХ ЛАПАРОТОМИЙ ПРИ ПОРЕЖДЕНИИ ЖИВОТА У БОЛЬНЫХ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ.....	404
Колосова О.В., Гонтарь Е.А., Хачатурова К.М., Мороз А.Б. ВОЗДЕЙСТВИЕ СВЕТОВОГО ПОТОКА НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ДЕСНЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ФОТОКОМПОЗИЦИОННЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ.....	405
Колычева О.В., Легостаева М.С. КОРРЕКЦИЯ ФЕБРИЛЬНОЙ НЕЙТРОПЕНИИ НА ФОНЕ ЦИТОТОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: СХЕМА И ПОДХОД.....	406
Комарова Е.Б., Пупова И.А., Кучеренко С.Л., Санина Е.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕХАНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ.....	406
Конкина В.И., Остренко В.В. ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ТЕХНОГЕННОГО РЕГИОНА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	407
Коноваленко А.В., Коноваленко Ю.Н. ТИПЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	408
Конопко Н.Н., Тонких Н.А. ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ АРИТМОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ.....	409
Конюх Е.А., Машкова А.Е., Кизелевич А.И. ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ: ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ.....	410

Коржук М.С., Агаханова М.Д., Балюра О.В., Гребеньков В.Г., Дымников Д.А., Иванов В.М., Гаврилова А.Л. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С ИНКАПСУЛИРОВАННЫМИ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ.....	411
Коричкина Л.Н., Поселюгина О.Б., Бородин В.Н., Зенина О.Ю., Борисова А.Н., Трусова А.В. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭРИТРОЦИТОВ И ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИ- ПЕРТОНИЕЙ III СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА.....	412
Коричкина Л.Н., Поселюгина О.Б., Зенина О.Ю. ФОРМИРОВАНИЕ У ОБУЧАЮЩИХСЯ СТЕРЕОТИПНОГО НЕВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПРОФЕССИИ ВРАЧА....	413
Коровка С.Я., Ващенко А.В., Коровка С.С., Белькова В.А., Багиров Р.Б. НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА	413
Коровка С.Я., Коваленко Л.В., Коровка С.С., Потанов В.В., Дмитриев Л.С., Захарчук А.Н. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОГО НАТЯЖЕНИЯ И ДИЛАТАЦИОННОЙ ВЯЗКОУПРУГОСТИ ЛИКВОРА У ПАЦИЕН- ТОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	414
Коровка С.Я., Коваленко Л.В., Коровка С.С., Потанов В.В., Захарчук А.Н. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ И ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИКВОРА ПРИ ПО- СТАНОВКЕ ДИАГНОЗА.....	415
Королев М.В., Пономарева Ю.В., Супильников А.А. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ АНТИАДГЕЗИВНЫХ СВОЙСТВ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ	416
Косенко В.Г., Коломиец Э.А., Косенко Н.А., Агеев М.И., Скубак А.А. ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НАЛИЧИИ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ВОЗРАСТЕ ДО 3-Х ЛЕТ	417
Косенкова-Дудник Е.А. ОСОБЕННОСТИ РИМСКОЙ ЛИНГВОКУЛЬТУРЫ НА МАТЕРИАЛЕ ЛАТИНСКИХ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРОК, РЕПРЕЗЕН- ТУЮЩИХ КОНЦЕПТ MORIS, MORTIS F («СМЕРТЬ»).....	418
Косенкова-Дудник Е.А. СЕМАНТИКО-МОТИВАЦИОННОЕ СВОЕОБРАЗИЕ АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ: УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЭТИОЛОГИИ	419
Косинова Н.Н., Китаева А.В. СОЗДАНИЕ СЕТИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ЦЕНТРОВ КАК ОДИН ИЗ КЛЮЧЕВЫХ АСПЕКТОВ ИННО- ВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	420
Косинова Н.Н., Свиридова И.В. СТРАТЕГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗА- ЦИИ	421
Косинова Н.Н., Сосновская А.В. ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ЦИФРОВИЗАЦИИ В БЮДЖЕТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	422
Косолапов И.И., Попрошаев А.Е., Саперкин Н.В., Громова В.А., Хорьскина Е.А. КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫЕ ИНФЕКЦИИ КРОВОТОКА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ У ОБЫЧНЫХ ПА- ЦИЕНТОВ И ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ	423
Костенко В.С., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Кабанько Т.П., Сиротина Е.А. ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	424
Костик В.Э., Пошехонов А.С., Вакуленко М.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ПИЩЕВОДА И КАРДИО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОГО ПЕРЕХО- ДА У ДЕТЕЙ	425
Костямин Ю.Д., Иваненко А.А., Попивненко Ф.С., Коняшин А.А., Кучер П.К. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА КАК ПОСЛЕДСТВИЕ БОЕВОЙ ТРАВМЫ.....	426
Костямин Ю.Д., Макиенко Е.Г., Хаджинов П.В. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДО- ВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДИК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	427

Котлубей Е.В., Ганнова Е.В., Красная Л.А. АКТУАЛЬНОСТЬ РЕНТГЕНОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ	428
Котова И.С., Михайлюк Л.В., Сапожинская М.С. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19.....	429
Котова И.С., Михайлюк Л.В., Устименко Т.В. ЛОКАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ, PH ТРАХЕО-БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ, СОЧЕТАННОЙ С СД 2-го типа	430
Кохан Т.П., Новицкая Ю.Е., Тюрина С.В. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ БОТАНИКИ ДЛЯ ПРОВИЗОРОВ	431
Коценко Ю.И., Дегтярёва Р.Ю. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИГРЕНИ СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ 3 ПЕРЕСМОТРА	431
Коценко Ю.И., Коценко И.П., Коценко П.И. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕЙРОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕВРОПАТИЕЙ	432
Коценко Ю.И., Николаева А.М. СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	433
Коценко Ю.И., Статинова Е.А., Бубликова А.М., Максименко О.Л. МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА ДОДИПЛОМНОМ ЭТАПЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	434
Коценко Ю.И., Статинова Е.А., Коценко В.П., Максименко О.Л., Бубликова А.М., Полторац А.П. ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕВРОПАТИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	435
Кошеленко К.С. РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ЭРИТЕМЫ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ	436
Кравченко А.И., Жилицын Е.В. СИНДРОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА	437
Красножен В.Н., Боечко Н.Д., Боечко Д.С., Славина А.Л. НЮАНСЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ	438
Краюткина Е.Д., Перенесенко А.О., Дергилев С.М., Юрьева А.С. ЭТАПНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДИКАТОРОВ ДОСТИЖЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ	439
Кривенко С.Н., Попов С.В. ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ	440
Кривобок А.А. АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ДАННЫХ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	440
Кривобок А.А. МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТИПА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	441
Кривокорытова А.Г., Шашмурина В.Р. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА	442
Кубрикова Ю.В. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ СТАФИЛОКОККОВ К АНТИБИОТИКАМ ПЕНИЦИЛЛИНОВОГО РЯДА	443
Куглер Т.Е., Гнилицкая В.Б., Христуленко А.Л., Маловичко И.С. БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	444
Кудрин Р.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ПЕРСОНАЛА КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ КАК РЕЗУЛЬТАТ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА.....	445

Кузнецов С.В., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В., Батырова М.Б., Синенченко А.Г. ОТРАВЛЕНИЯ НЕУСТАНОВЛЕННЫМИ ТОКСИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИНТОКСИКАЦИЙ.....	446
Кузнецова Е.А., Марусиченко Е.А., Луцкий И.С., Ефименко М.В. СЛУЧАЙ ДИСТОНИИ-ПАРКИНСОНИЗМА СО СТРЕМИТЕЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ	447
Кузнецова М.А., Олсуфьева А.В., Абанина О.В., Олсуфьев С.С. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СВОЕОБРАЗИЕ ДИФFUЗНОЙ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕТОЧНИКА И МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ЧЕЛОВЕКА.....	448
Кузьменко Д.Е. РАЦИОНАЛЬНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ ПРИ КОХЛЕОНЕВРИТЕ.....	449
Кузьменко О.О., Вакуленко И.П., Шульженко А.И., Кузьменко Н.А. ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АНАТОМИИ ШЕИ И ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ	450
Куканов Н.В. БИФУРКАЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА	451
Кулемзина Т.В., Криволап Н.В., Красножен С.В., Моргун Е.И. ФИЗИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА КАК ПАРАДИГМА СИСТЕМЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ.....	453
Куликова О.А., Орлова Е.А. ЛЕЧЕНИЕ ИММУНОКОРРЕКТОРОМ КИП НАЗАЛЬНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫХ ФОРМ РИНИТА: АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНОСИТОМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	454
Куницкий Ю.Л., Антонюк О.С., Зубов А.Д., Шаповалов И.Н., Денисов А.В., Христуленко А.А., Чегодаев М.В. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, СОЧЕТАННОЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ВТОРИЧНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	455
Куницкий Ю.Л., Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Денисов А.В., Христуленко А.А. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО И МИРНОГО ВРЕМЕНИ	456
Куницкий Ю.Л., Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Денисов А.В., Христуленко А.А., Харьковский В.А., Верхулецкий Е.И., Кирьякулова Т.Г. СТРУКТУРА МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ И ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.....	457
Куницкий Ю.Л., Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Денисов А.В., Христуленко А.А., Чегодаев М.В. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА БОЛИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.....	458
Куницкий Ю.Л., Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Денисов А.В., Христуленко А.А., Чегодаев М.В. РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТРЕССА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ, СОЧЕТАННОЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ВТОРИЧНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	459
Куприянов Ю.Ю., Сычев И.В., Альнасер М., Пушкина Я.А., Гончарова Л.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОИМ БЕЗ ОБСТРУКЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	460
Курушина О.В., Воробьев А.А., Андрущенко Ф.А., Зозуля Е.Ю., Нежинский Д.И. ВОЗМОЖНОСТИ ЭКЗОСКЕЛЕТА «ЭКЗАР-34» НА ПРИМЕРЕ АБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С КОНЕЧНОСТНО-ПОЯСНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ	461
Курьшева О.А., Мацынина Н.И., Якимчук Н.И., Михеева А.А., Шарко Е.А. МЕКОНИАЛЬНЫЙ ИЛЕУС: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	462
Кустов Д.Ю. ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У КРЫС ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ВЕЩЕСТВА Р В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА.....	463
Кухарчик Ю.В. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ.....	463
Кучеренко Н.П., Коваленко Т.И., Лепихова Л.П., Бобровицкая А.И., Медведева В.В., Гончарова Л.А. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ.....	464
Кучеренко Н.П., Коваленко Т.И., Лепихова Л.П., Гончарова Л.А., Медведева В.В., Киреев А.В., Бутрий Н.А., Ульянов А.А. ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	465

Кучерова А.В.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ АНТИОКСИДАНТНО-ПРООКСИДАНТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА 466

Кучерова А.В.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПЕРИОДЕ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ..... 467

Кушгарева Л.Б., Фиронов М.С., Семенцова Е.Г.

СЛУЧАЙ ДВУХСТОРОННЕГО ЭНДОФТАЛЬМИТА У БОЛЬНОГО COVID-19 468